Nr. 12 18. marca 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

W. STANKIEWICZ-TRYBOWSKA. Otwock.

Odma sztuczna obustronna w leczeniu zakładowem i ambulatoryjnem.

Z Sanatorjum Sejmiku Warszawskiego w Otwocku.
Dyrektor: Dr. P. Martyszewski.
i ze Stacji Odmy Sztucznej Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego.
Kierowniczka: Dr. W. Stankiewicz-Trybowska.

Odma sztuczna obustronna zapoczątkowana została w ojczyźnie leczenia uciskowego t. j. we Włoszech przed 20 laty przez prof. Ascoli'ego, szersze jej zastosowanie znajdujemy dopiero w trzecim dziesiątku lat obecnego stulecia, a rozpowszechnienie jej u nas przypada na ostatnie lata. Metoda, która wydawała się paradoksem i świadomem skracaniem życia choremu, stała się możliwą dzięki przejściu z pojęcia odmy, całkowicie uciskającej według Forlaniniego, do odmy t. zw. zwalniającej. Rozwinęli tę metodę i dali jej szerokie zastosowanie Niemcy z Libermeistrem na czele oraz Z. S. S. R., gdzie największa statystyka podana jest przez Kercmana. U nas jedyna ogłoszona dotąd obszerna statystyka wyszła ze Szpitala Wolskiego i obejmuje 65 przypadków (Dąbrowski i Gackowski).

Do ogłoszenia naszych wyników skłoniła mnie przedewszystkiem ta okoliczność, że wielu pacjentów znaczną część, a nieraz i całą kurację, miało przeprowadzaną ambulatoryjnie i że w czasie leczenia pędzili oni życie ludzi zupełnie zdrowych, oddając się swym zajęciom zawodowym. Materjał nasz obejmuje 56 przypadków, obserwowanych w okresie od 1927 r. do 1. VII. 1933 r. Czas obserwacji poszczególnych pacjentów waha się od pół roku do 6 lat, nie objęto statystyką 13 przypadków, obserwowanych w ciągu ostatnich paru miesięcy; łącznie z niemi leczonych odmą mamy 69 przypadków.

Spośród 56 pacjentów 43 miało zakładaną odmę przeze mnie, z tego 36 w Sanatorjum Sejmikowem w Otwocku, 7 w Stacji Odmy Sztucznej Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego, gdzie pacjenci po założeniu przebywali 5—10 dni; 13 osobom zakładano odmę w innych sanatorjach i szpitalach, poczem kierowani byli na uzupełnienia do Stacji i odtąd prowadzeni przeze mnie (patrz tabl. Nr. 1).

Tablica I.

Pracuje		Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmiany	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
	Odmy zakładane i prowadzone cały czas w sanatorjum	1	1	2	1	3	7	15
14	Odmy zakładane w sanatorjum, prowadzone dalej ambulatoryjnie	11	14	4	1	1	3	34
3	Odmy zakładane i prowadzone w stacji odmy	2	1	3	—	—	1	7
17	Razem	14	16	9	2	4	11	56

Spośród 36 pacjentów, którym zakładałam odmę w Sanatorjum, tylko 15 nie było leczonych ambulatoryjnie; przeważają pośród nich przypadki ciężkie, które zakończyły się zejściem śmiertelnem (7 przyp.) lub dały pogorszenie (3 przyp.). Jeden z pacjentów po opuszczeniu Zakładu przepadł bez wieści, u dwóch stan pozostał bez zmiany, a tylko w 2 przypadkach nastąpiła poprawa (w jednym obserwowanym od półtora roku znaczna poprawa). W przypadkach prowadzonych wyłącznie w Stacji mamy na siedem dwa znacznej poprawy, jedną poprawę, trzy dotąd bez zmiany, w jednym nastąpiła śmierć wskutek gruźlicy jelit. Wreszcie z 34 przypadków, zakładanych w Sanatorjach i prowadzonych ambulatoryjnie, jest w 11 znaczna poprawa, w 14 poprawa, 4 bez zmiany, jednego losy nieznane, jedno pogorszenie, trzy zejścia śmiertelne. Jak widzimy, wyniki są zbliżone w drugiej i trzeciej grupie w przeciwieństwie do pierwszej; widzimy więc, że warunki leczenia odgrywają drugorzędną rolę i że czynnikiem, od którego zależy wynik leczenia, jest, jak z dalszych zestawień przekonamy się, przedewszystkiem odpowiedni dobór przypadków. Leczenie sanatoryjne jest w odpowiednio dobranych przypadkach bodźcem podnoszącym stopień poprawy.

Tablica II.

Przyczyny zejścia śmiertelnego.

Niedomoga mięśnia sercowego	4 przyp.
Postępujące wyniszczenie ustroju	3 „
Gruźlica przewodu pokarmowego	3 „
Krwotok płucny	1 „
Razem:	11 przypadków.

Jeśli przejdziemy do zanalizowania 11 przypadków (patrz tabl. II), które zakończyły się zejściem śmiertelnem, to wbrew temu, co twierdzili Jullien i Mollart, nie możemy w żadnym z nich stwierdzić, aby odma stała się przyczyną zejścia śmiertelnego, w dwóch ciężkich ostro postępujących przypadkach można jedynie przypuścić, że utrudnione warunki postawione narządowi krążenia wskutek założenia odmy doprowadziły szybciej do wyczerpania sił zapasowych serca i w ten sposób okres życia tych chorych i tak beznadziejnych został nieco skrócony. Nie obserwowałam ani jednego przypadku przetoki oskrzelowej po odmie obustronnej. Dość często, bo w trzech przypadkach na 11 śmiertelnych, w przebiegu leczenia sprawy płucnej rozwijała się gruźlica kiszek w ostrej postaci, która doprowadziła do wyniszczenia ustroju; w jednym przypadku jako bezpośrednią przyczynę zejścia trzeba postawić perforację nacieku w okolicy kiszki ślepej, która doprowadziła do rozlanego zapalenia otrzewnej. W jednym wreszcie przypadku śmierć nastąpiła w gwałtownym krwotoku, jak wykazało badanie sekcyjne, krwawienie pochodziło z dużego naczynia w nieuciśniętej jamie.

Tablica III.

Ustawienie ustroju	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmiany	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
compensata	4	4	—	1	—	—	9
subcompensata	10	12	9	1	2	5	39
decompensata	—	—	—	—	2	6	8
Razem	14	16	9	2	4	11	56

Tablica IV.

Charakter sprawy	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmiany	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
przewlekła	5	9	1	—	1	1	17
podostra	9	7	8	2	3	7	36
ostra	—	—	—	—	—	3	3
Razem	14	16	9	2	4	11	56

Spróbujmy teraz z kilku zestawień wysnuć wnioski co do czynników, od których w głównej mierze zależał wynik leczenia. Wzięty tu jest pod uwagę charakter zmian, ich rozległość, ustawienie samego ustroju, a więc toksemja, przebieg ostry, podostry, lub przewlekły, wreszcie odstęp czasu pomiędzy założeniem odmy po jednej i po drugiej stronie oraz rodzaj odmy.

Jeżeli chodzi o ważkość poszczególnych momentów, to widzimy, że na pierwszym planie jak zawsze będzie ustawienie samego ustroju (tabl. III): tam, gdzie niema zupełnie sił obronnych, gdzie występują objawy gwałtownego i silnego zatrucia,

Tablica V.

Charakter zmian w płucach	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmian	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
sprawy wytwórcze	1	1	—	—	—	—	2
świeże sprawy wytwórczo-wysiękowe	8	4	2	2	—	1	17
świeże sprawy wysiękowo-serowate (nacieki wczesne z jamami)	5	6	4	—	—	—	15
stare sprawy włóknisto-serowate z jamami	—	5	3	—	3	5	16
sprawy serowato-jamiste o charakterze bronchopneumonicznym	—	—	—	—	1	5	6
Razem	14	16	9	2	4	11	56

Tablica VI.

Rozległość zmian: zajęcie pól płucnych	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmian	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
1/3 + 1/3	4	5	1	—	—	—	10
2/3 + 1/3	10	6	3	2	—	1	22
2/3 + 2/3	—	5	5	—	3	6	19
3/3 + 2/3	—	—	—	—	1	—	1
3/3 + 3/3	—	—	—	—	—	4	4
Razem	14	16	9	2	4	11	56

Tablica VII.

Odstęp czasu między założeniem odmy po jednej i po drugiej stronie	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmiany	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
0— 2 mies.	9	8	4	2	4	8	35
2— 6 mies.	—	2	—	—	—	1	3
6—12 mies.	1	2	1	—	—	1	5
12—18 mies.	2	2	1	—	—	1	6
18—24 mies.	1	1	1	—	—	—	3
24—30 mies.	1	1	1	—	—	—	3
30—36 mies.	—	—	1	—	—	—	1
Razem	14	16	9	2	4	11	56

Tablica VIII.

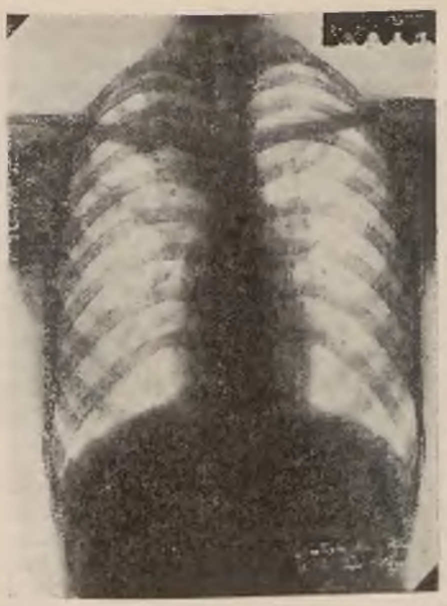
Rodzaj ucisku	Znaczna poprawa	Poprawa	Stan bez zmiany	Losy nieznane	Pogorszenie	Śmierć	Razem
odma całkowita	12	8	7	2	—	6	35
odma częściowa uciskająca miejsca chore	2	5	1	—	—	—	8
odma częściowa nieuciskająca miejsc schorzałych	—	3	1	—	4	5	13
Razem	14	16	9	2	4	11	56

wynik będzie bezwzględnie i zawsze zły — na 8 przypadków postaci zdekompensowanych przypada sześć zejść śmiertelnych i dwa pogorszenia. Inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli mamy pewne objawy zatrucia, jednak nie tak ciężkie, gdy równowaga sił ustroju jest zachwiana jednak nie zniweczona, w tych razach leczenie uciskowe, jako usuwające czynnik toksyczny, może dać wyniki świetne, i widzimy, że jakkolwiek większość naszych chorych, bo 39 znajdowało się w stanie częściowego wyrównania, osiągamy w tej kategorji aż w 10 przypadkach znaczną poprawę a w 12 poprawę czyli na 39 przypadków mamy 22 pomyślne; 9 chorych nie wykazuje zmiany swego stanu, u dwóch następuje pogorszenie a w 5 przypadkach śmierć. Ostatnia wreszcie kategorja chorych, których ustrój już przed zabiegiem wykazywał wyrównanie czyli stan dobrej obrony w stosunku do jadów gruźliczych, daje i w leczeniu wyniki najpomyślniejsze: 4 przypadki znacznej poprawy i 4 poprawy, ani jednego pogorszenia. Co do przebiegu ostrego, podostrego i przewlekłego (tabl. IV), co częściowo pokrywa się z podziałem poprzednim, wyniki w tych razach będą również zbliżone. Wszystkie trzy przypadki ostrej gruźlicy płuc pomimo leczenia uciskowego zakończyły się śmiercią. W 36 przypadkach o przebiegu podostrym wyniki są różne a więc: 9 znacznej poprawy, 7 poprawy, 8 bez zmiany, 2 losy nieznane, 3 pogorszenia, 7 zejść śmiertelnych. W przypadkach gruźlicy przewlekłej wyniki są naogół najlepsze, ale i tu mamy jedno pogorszenie i jedno zejście śmiertelne, na 17 przypadków tej kategorji.

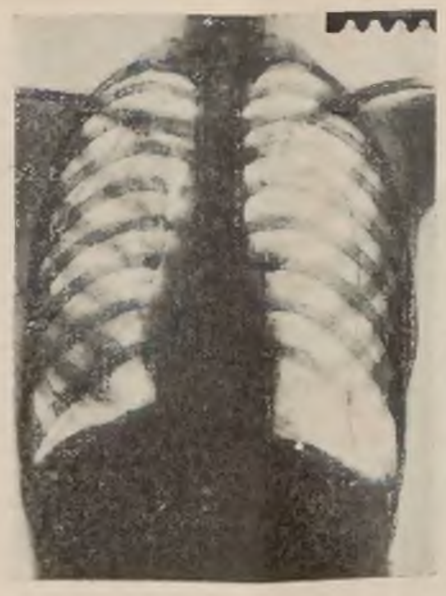
Charakter samych zmian (tabl. V) ma wybitny wpływ na wyniki leczenia i zgodnie z tem, co mówią J u l l i e n i M o l l a r t, znaczenie tego momentu dla rokowania jest pierwszorzędne. Wszystkie dobre wyniki otrzymuje się tam, gdzie mamy zmiany wytwórcze, wytwórczo-wysiękowe i wysiękowo-serowate (nacieki wczesne z rozpadem). 5 przypadków dobrych mamy w grupie zmian starszych włóknisto-serowatych z jamami, choć mamy tu 5 przypadków śmiertelnych; zmiany serowato-jamiste (bronchopneumoniczne) z rozpadem dały w leczeniu, jak to można było przewidzieć, wszystkie wynik ujemny.

Rozległość zmian (tabl. VI) odbija się wybitnie na wynikach leczniczych. Dobre i bardzo dobre wyniki otrzymywaliśmy zawsze tam, gdzie zajęte było obustronne po jednej trzeciej pola płucnego. Wyniki bardzo dobre w 10 przypadkach, dobre w 6, w 3 bez zmiany i tylko jeden przypadek zejścia śmiertelnego wsze tam, gdzie zajęte było obustronne po jednej trzeciej pola po drugiej jedna trzecia pola płucnego. Przy zajęciu dwóch trzecich pól płucnych obustronnie wyniki są następujące: 5 dobrych, 5 bez zmiany, 3 pogorszenia, 1 śmierć. Zajęcie dwóch trzecich pola płucnego po jednej i całego pola po drugiej miało miejsce w jednym przypadku, który dał pogorszenie. Zajęcie obu pól płucnych w całości mieliśmy w 4 leczonych przypadkach i wszystkie zakończyły się śmiercią. Z czynników o znaczeniu rokowniczem uwzględnialiśmy ponadto odstęp czasu pomiędzy założeniem odmy po jednej i po drugiej stronie (patrz tabl. VII). Widać z tego zestawienia, że większość ujemnych wyników, bo 8 śmierci i 4 pogorszenia, mieszczą się w grupie odm niemal jednoczesnych, gdzie odstęp czasu był poniżej dwóch miesięcy; trzeba jednak uwzględnić, że grupa ta obejmuje większość naszych przypadków, bo aż 35. Nieposlednią rolę, jeśli chodzi o wyniki, przypisać musimy rodzajowi odmy (tabl. VIII): na 35 odm całkowitych (są w tej grupie odmy wybiórcze), mamy 20 wyników dobrych i bardzo dobrych, 7 bez zmiany, i 6 śmierci — w tem 3 spowodu zmian jelitowych. W grupie odm częściowych jednak uciskających miejsca chore są również wyniki dodatnie, natomiast grupa odm częściowych, nieuciskających miejsc schorzałych, daje w 9 na 13 wyniki ujemne (tabl. VI). Na podstawie wyżej przytoczonych tablic daliśmy analizę czynników, warunkujących w pewnem przybliżeniu, jak zawsze bywa, gdy chodzi o ustrój żywy, rokowanie co do wyników leczniczych w odmie obustronnej. Rzuca się w oczy na podstawie tej analizy fakt, że odpowiedni dobór przypadków jest tym czynnikiem, który w pierwszym rzędzie warunkuje osiągnięcie dobrych wyników, i że jeśli odmy obustronne stosować będziemy chorym, którzy, jak to się mówi, nie mają nic do stracenia, napewno spotka nas rozczarowanie, gdyż metoda ta w tych przypadkach nietylko nie uchroni chorego od śmierci, ale, rzec można śmiało, przyśpiesza ją niekiedy, stwarzając utrudnione warunki dla krążenia i tak zwykle w tych razach mało wydolnego i powodując szybkie zmobilizowanie większej ilości toksyn.

Przejdę teraz do powikłań. W 7 przypadkach jako powikłanie odmy obustronnej wystąpiła odma samoistna, w 4 przypadkach przy zakładaniu odmy, w 3 przy dopełnianiu. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie i tylko w jednym z nich musiano poniechać odmy spowodu powtarzającego się występowania odmy samoistnej przy ponownych próbach uzupełnienia odmy. Że tak często, bo aż w $12^{1}/_{2}\%$ przypadków, występowało to ciężkie powikłanie, tłumaczy tem się, że więcej zmieniona tkanka płucna sprzyja powstawaniu w miejscach zdrowych rozedmy zastępczej, która stanowi *locus minoris resistentiae* zwłaszcza przy stwarzaniu w jamie opłucnej tak zmienionych warunków, jakie są przy odmie obustronnej. Pozatem przy zakładaniu odmy jednostronnej mamy również niejednokrotnie do czynienia z odmą naturalną (obserwujemy duży pęcherz odmowy, pomimo że nie wprowadziliśmy wcale powietrza lub tylko znikomą jego ilość), lecz zjawisko to przebiega bez żadnych przerażających objawów i ciężkich dolegliwości u pacjenta, tem samem nie zwracając naszej uwagi. W obserwowanych przeze mnie przypadkach odmy samoistnej w przebiegu odmy obustronnej nasilenie duszności było różne, jednak zawsze bardzo intensywne: niepokój, przyśpieszenie oddechów, a w dwóch przypadkach wystąpiła nawet duża sinica. Interwencja w postaci stałego wypuszczania gazu przynosiła ulgę. Ciśnienie, jakie obserwowałam w opłucnej, było różne: w 4 przypadkach manometr wykazywał niewielkie ciśnienia dodatnie, w 3 uczucie znacznej duszności, i objawy objektywne



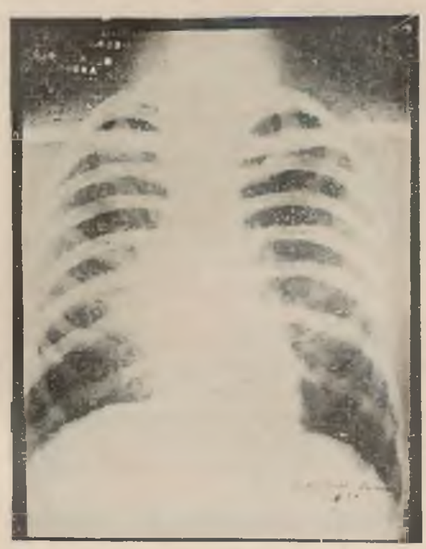
Rentg. 1. Pacjentka W. A. l. 18, która skierowana została przeze mnie do Sanatorjum Sejmikowego w Otwocku spowodu czynnej świeżej sprawy gruźliczej o przebiegu podostrym ze zmianami wytwórczo-serowatemi (z rozpadem) w górnych częściach obu płuc.



Rentg. 2. tej samej chorej, wykonany jest w październiku 1931 r. po założeniu odmy obustronnej, która jest, jak widzimy, całkowitą i wybiórczą. Stan chorej był już wówczas bardzo dobry: spadek ciepłoty z 38,5° do 37°, poprawa stanu ogólnego i ustanie kaszlu.



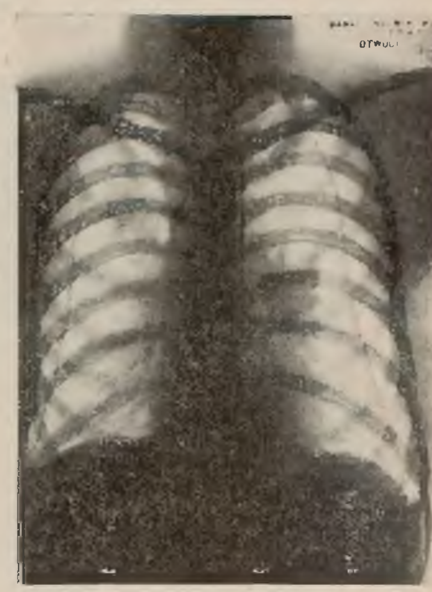
Rentg. 3. tej samej chorej z 30. VIII. 1933 po przerwaniu leczenia odmą, które trwało 3 lata i doprowadziło do całkowitego wygojenia procesu gruźliczego z pozostawieniem niewielkich zmian bliznowatych w płucach oraz zrostów u podstawy. Chora nie prątkuje 2 lata i 9 miesięcy, przez 2½ roku leczona była ambulatoryjnie odmą w poradni, cały czas pracowała jako ekspedjentka w sklepie.



Rentg. 4. Chory H. H. lat 24, student, zdjęcie wykonane 6. IX. 1932 r. w Sanatorjum w Rudce, gdzie przebywał on na kuracji spowodu zmian świeżych o charakterze wytwórczo-serowatym w 2/3 górnych pola płucnego prawego o przebiegu podostrym. We wrześniu założono choremu odmę prawostronną, co szybko doprowadziło do poprawy stanu ogólnego i odprątkowania.



Rentg. 5. tego samego chorego (zdjęcie wykonane w maju 1933 r.), który, leczony po opuszczeniu Sanatorjum w Rudce odmą ambulatoryjnie, czuł się naogół dobrze, lecz w maju 1933 r. zaczął naraz więcej kaszlać, odczuł ból w lewym boku i osłabienie przy niewielkim stanie podgorączkowym. Koch ponownie +. Badanie rentgenologiczne wykazało świeży proces wysiękowo-serowaty w dolnej części górnego płatu po stronie lewej, gdzie poprzednio stwierdzało się niewielkie zmiany wytwórcze. 7. VI. 1933 r. założenie odmy lewostronnej w Sanatorjum Sejmikowem.



Rentg. 6. tego samego chorego z dnia 2. IX. 1933 r. z odmą obustronną, która zwłaszcza po stronie lewej ma charakter wybiórczy. Stan ogólny i samopoczucie bardzo dobre, nie kaszle, nie prątkuje. Całkowita zdolność do pracy. Odmę uzupełnia się ambulatoryjnie.

duszności występowały, chociaż ciśnienie wahało się koło zera tak, że trzeba było dla usunięcia groźnych objawów osiągać ciśnienia ujemne. Wypuszczanie uskutecznialiśmy zapomocą zwykłego aparatu do odmy (Jasiński) przy ustawieniu cylindrów w odwrotnym kierunku. W 3 przypadkach wystarczało parokrotne wypuszczanie gazu i w ciągu 4—5 godzin wszystkie objawy ustępowały, samodopełnienie ustawało, co wskazywało, że otwór w opłucnej zamknął się. W 2 przypadkach samodopełnienie trwało przeszło dwie doby, w ciągu tego czasu trzeba było stale gaz wypuszczać i doprowadzać do ciśnień ujemnych, przy których dopiero chorzy czuli ulgę. W obu tych przypadkach dopiero ułożenie pacjentów na boku po stronie odmy sa-

mostnej doprowadziło do ustania samodopełnienia; widocznie dzięki mniejszym ruchom oddechowym otwór łatwiej zamknął się: w 2 wreszcie przypadkach dopiero wypuszczenie powietrza po stronie przeciwnej dało efekt natychmiastowy, co odczuli zarówno sami pacjenci i co wykazały wahania manometryczne, które wskazywały wyraźnie, że samodopełnienie ustało. Nadmieniam, że w obu tych przypadkach odmy po stronie przeciwnej do odmy naturalnej były częściowe i objętościowo bar-



Rentg. 7. Chora M. W. lat 19 w styczniu 1932 r. Przebieg gruźlicy przewlekły, zmiany obustronne o charakterze wytwórczo-serowatym z rozpadem niewielkim i zajęciem górnych 2/3 pola płucnego po stronie lewej i górnej 1/3 po stronie prawej. Zastosowano w lutym 1932 r. odmę lewostronną, w kilka tygodni potem prawostronną. Oba zabiegi wykonane w Stacji Odmy Sztucznej, gdzie chora leżała każdorazowo po kilka dni.



Rentg. 8. tej samej chorej z września 1933 r. — odma obustronna wybiórcza. Chora czuje się bardzo dobrze, nie prątkuje, dojeżdża na dopełnienia ze wsi, pracuje przy gospodarstwie w domu. Cały czas leczona ambulatoryjnie.

dzo niewielkie, trzeba więc przypuścić, że wchodzi tu w grę szczególny mechanizm pociągania, który uniemożliwiał zamknięcie otworu, i dopiero zupełne zwolnienie opłucnej po stronie przeciwnej dawało możność sklejania się brzegów pęknięcia. Podkreślić muszę fakt szczególnej wagi, że w żadnym przypadku wyżej przytoczonym nie występował jako skutek odmy naturalnej nawet niewielki wysięk, nie obserwowałam również odczynu w postaci podniesienia ciepłoty.

Niezależnie natomiast od odmy naturalnej obserwowałam wysięk przy odmie obustronnej w 25 przypadkach; był to zawsze wysięk surowiczo-włóknikowy. W 10 przypadkach wysiękowi towarzyszyły ostre objawy: wysoka ciepłota, ogólne osłabienie, bóle w boku; okres ostry trwał nieraz do paru tygodni. Natychmiastowe wypuszczanie płynu ze względu na silną duszność trzeba było wykonać tylko u dwu chorych. Jeden z tych przypadków zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że spowodu dużego wysięku po stronie prawej zaniechać musiałam dopełnień odmy po stronie lewej. Nastąpiła zupełna resorbcja gazu i powtórnie założyłam chorej odmę po stronie lewej dopiero po upływie 4 miesięcy, gdy wysięk po stronie prawej zlikwidował się; odma lewostronna pomimo tej przerwy jest nadal całkowita. We wszystkich 25 przypadkach wysięki były jednostronne: w 13 prawostronne, w 12 lewostronne. W 3 przypadkach wysięk spowodował zarośnięcie opłucnej i konieczność przerwania odmy po tej stronie, u dwojga chorych zastosowaliśmy jako zabieg zastępczy wyrwanie nerwu przeponowego, u jednej chorej wykonano plombę parafinową, wszystkie trzy przypadki mieszczą się w grupie poprawy. Poza temi trzema przypadkami obserwowałam zarośnięcie opłucnej po stronie lewej, jako zejście *„pleuritis sicca obliterans"*, przebiegającego z kilkutygodniowym stanem gorączkowym. Wbrew temu, co stwierdzają J u l l i e n i M o l l a r t, żadne z tych powikłań, ani wysięk ani odma naturalna, nie dały groźnych dla życia następstw w postaci wysięku ropnego lub przetoki oskrzelowej.

Reasumując swoje dotychczasowe wyniki: stwierdzam, że odma obustronna u 30 spośród 56 chorych dała wynik dodatni: 14 przypadków znacznej poprawy t. j. zniknęcie trwałe prątków w plwocinie, objawy kliniczne i rentgenologiczne wygojenia procesu płucnego, zupełna zdolność do pracy. W 16 przypadkach osiągnęliśmy poprawę; pod pojęciem tem rozumiemy stan ogólny dobry, cofanie się zmian swoistych w płucach jednak jeszcze bez trwałego odprątkowania. W 9 przypadkach stan pomimo leczenia nie uległ zmianie na lepsze. Dwóch chorych, którzy wykazywali tendencję w kierunku poprawy w początkach leczenia, od dłuższego czasu straciliśmy z obserwacji; u 4 stan ulega pomimo kuracji stałemu pogorszeniu, wreszcie w 11 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. Wynik dodatni dotyczy więc 53,6% przypadków. Nie możemy go oczywiście uważać za ostateczny, gdyż przytoczone wyniki nie są to jeszcze tak zwane wyniki trwałe, które cytują statystyki odm jednostronnych, gdzie czas obserwacji przekracza okres 10 lat, jednak, nawet z tem zastrzeżeniem, są one bardzo zachęcające. Widzimy dalej, że odmę obustronną można z powodzeniem stosować ambulatoryjnie w odpowiednio urządzonych stacjach odmy sztucznej, gdzie koniecznym warunkiem prowadzenia odmy zwłaszcza obustronnej jest wyposażenie w aparat Roentgena i posiadanie chociażby jednego łóżka, aby chory w razie powikłania lub oczekującej go dalszej podróży mógł być na pewien czas pozostawiony na miejscu. Ze zestawienia niniejszego widzimy dalej naocznie, że wyniki dotyczyły przeważnie przypadków bardzo ciężkich, kiedy los chorych, rzec można, był zgóry przesądzony i zabieg był tylko *„ultimum refugium"*. Toteż na pierwszym planie przy wskazaniach do odmy uwzględniać należy stan ogólny chorego.

Jakie są przeciwwskazania do stosowania odmy obustronnej:

1. Gruźlica postępująca bardzo ostro przy braku zupełnym obrony ze strony ustroju, rozległe obustronne zmiany o charakterze serowatym (ogniska pneumoniczne lub bronchopneumoniczne) nie nadają się do leczenia odmą obustronną. Nie można oczekiwać również efektu w razie rozległych zmian starych włóknisto-jamistych.

2. Zajęcie przez gruźlicę innych narządów, a zwłaszcza przewodu pokarmowego stanowi wyraźne przeciwwskazanie do obustronnego leczenia uciskowego, natomiast zmiany wytwórcze w krtani, w przeciwieństwie do wrzodziejących, tego przeciwwskazania nie stanowią.

3. Rozedma płuc dużego stopnia wraz ze zmniejszeniem pojemności oddechowej poniżej 1000 stanowi przeciwwskazanie.

4. Wady serca i niedomoga mięśnia sercowego (należy stwierdzić, czy nie mamy tu do czynienia ze zmianami chwilowemi toksycznego pochodzenia) są wyraźną przeszkodą do leczenia.

5. Wiek pacjentów leczonych odmą obustronną przeciętnie nie powinien przekraczać 35 lat, wyjątek stanowić mogą przypadki, w których wszystkie inne czynniki są wyjątkowo pomyślne.

6. Osobniki o typie budowy wybitnie astenicznej również źle znoszą leczenia odmą obustronną.

Z przeciwwskazań wynikają i wskazania: do leczenia odmą obustronną kwalifikują się przypadki gruźlicy płuc u ludzi młodych, w wieku do 30—35 lat, o sprawnym narządzie krążenia i prawidłowej budowie ze zmianami obustronnemi, jednak nieprzekraczającemi po obu stronach dwóch trzecich pól płucnych o charakterze wytwórczym, wytwórczo-wysiękowym lub wysiękowo-serowatym świeżym (wczesne jamy) o przebiegu prze-

wlekłym lub podostrym przy względnem choćby zachowaniu sił obronnych ustroju. Do odmy obustronnej kwalifikują się również wybitnie przypadki, w których zmiany drugostronne wystąpiły w okresie leczenia odmą jednostronną (bilateralizacja). W tych przypadkach, gdy niema wyraźnych przeciwwskazań, nie należy zwlekać z założeniem odmy drugostronnej, skoro tylko zmiany nabierają charakteru czynnych (świeży naciek z podwyższeniem ciepłoty, objawy rozpoczynającego się rozpadu, wysiew).

W przypadkach tych chorzy zwykle znoszą odmę bardzo dobrze, gdyż ustrój zdołał się już zaadoptować do zmienionych warunków przez stosowanie uprzednio odmy jednostronnej. Zresztą wogóle jestem zdania, że pomiędzy założeniem odmy po jednej i po drugiej stronie powinien być zachowany pewien odstęp czasu, chociażby 2—4 tygodniowy, któryby pozwolił ustrojowi przystosować się stopniowo do tak odmiennych warunków.

Pozatem co do techniki odmy obustronnej, to powinna być ona taka sama jak przy odmie jednostronnej z zachowaniem jeszcze większych ostrożności. Tam, gdzie są odpowiednie warunki, należy dążyć do utrzymania odmy wybiórczej przy ciśnieniach ujemnych, jednak gdy mamy odmę częściową lub powysiękową, można bez obawy stosować niewielkie ciśnienia dodatnie. Doprowadzenie płuca do stanu marskości jest przy odmie obustronnej bardziej niebezpieczne niż przy jednostronnej, zwłaszcza gdyby miało to dotyczyć obu płuc. Dlatego też dążyć musimy, aby okres leczenia odmą obustronną nie przekraczał 2—4 lat, tem bardziej że mamy wówczas do czynienia często przy ogólnie dobrym stanie z pewnem wychudzeniem pacjenta, które jest wynikiem zaburzenia przemiany tłuszczowej, w czem płuca mają czynny udział.

W zakończeniu stwierdzam, że odma obustronna w odpowiednio dobranych przypadkach jest zabiegiem, który dać może świetne wyniki i nie przynosi ustrojowi żadnego uszczerbku, pod warunkiem, że prowadzi ją wyszkolony i doświadczony w tej dziedzinie lekarz w zakładzie leczniczym lub odpowiednio urządzonej stacji odmy. Pozatem pacjenci, którym zakłada się odmę obustronną, powinni mieć zapewnioną dobrą komunikację z ośrodkiem leczniczym, aby leczenie można było prowadzić systematycznie i bez narażania chorych na zbyt wielkie trudy i koszty, co przy częstych przejazdach jest nieuniknione.

Piśmiennictwo:

M. Ascoli i M. Lucacer: Le pneumothorax bilateral simultane. — W. Jullien i H. Molard: Revue de la Tbc. 1933. Nr. 6. — G. Liebermeister i A. Schoop: Erg. der ges. Tuberkuloseforschung. Tom II. — Zaborszky Stefan: Ztschr. Tbc. T. 65. Z. 1. — Dąbrowski i Gackowski: Gruźlica. 1932. Z. 6.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Emil MICHAŁOWSKI, asystent Kliniki. Lwów.

Thrombangitis obliterans (M. Buergeri) i jej leczenie w świetle nowszych poglądów.

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyr.: Prof. Dr. T. Ostrowski.

Doniedawna jeszcze panowało pewne pomieszanie pojęć co do istoty jednostki chorobowej określanej dziś nazwą *thrombangitis obliterans.* Również w leczeniu tego schorzenia brak było uregulowanych zasad i wytycznych. Schorzenia naczyń obwodowych stają się coraz częstsze, co zanotowano prawie we wszystkich krajach. Być może, że wchodzi tu w rachubę nietyle rozpowszechnienie się tych schorzeń, co baczniejsza i staranniejsza obserwacja przypadków klinicznych. W każdym jednak razie, sprawa *thrombangitis obliterans* należy dziś do najbardziej aktualnych tematów z dziedziny patologji chirurgicznej.

Pierwsze badania, oraz usiłowania w kierunku wyodrębnienia tej jednostki klinicznej zawdzięczamy Winiwarterowi, Fliedlenderowi i Manteuflowi (1879). Dokładniejsze opracowanie, szczególnie jeżeli chodzi o zmiany anatomiczne, zawdzięczamy Buergerowi (1908). Istota choroby Buergera polega na postępującem zaczopowaniu naczyń obwodowych, w następstwie czego przychodzi do martwicy jednego, lub kilku palców, lub też stopy. W przypadkach tego rodzaju zgorzeli należy wykluczyć przedewszystkiem tło kiłowe oraz cukrzycę (Wassermann, cukier w moczu). Zdaniem Leriche'a w każdym przypadku schorzenia naczyń obwodowych we wieku młodym należy zacząć leczenie od leczenia swoistego, gdyż odczyn ujemny Wassermanna nie wyklucza stanowczo istnienia tła swoistego. Przez wykluczenie kiły, cukrzycy, oraz miażdżycy, ze względu na wiek chorych, dochodzimy *per exclusionem* do rozpoznania *thrombang. oblit.,* której odrębność pod względem etjologicznym i patognomicznym jest jeszcze nadal tematem dyskusji. Spór ten zresztą ma znaczenie tylko teoretyczne, a przyjęcie tej lub innej teorji patogenezy nie ma dla leczenia rozstrzygającego znaczenia. Podłożem anat. schorzenia jest postępujące zaczopowanie naczyń wskutek zmian zapalnych toczących się w ścianach naczyń. Odróżnienia zaś pewnych odrębnych postaci zapalenia naczyń w zależności od pochodzenia przedstawia znaczne trudności nietylko kliniczne, ale i drobnowidowo. Polegają one na tem, że w przebiegu każdego zapalenia ściany naczynia przychodzi w krótkim czasie do wytworzenia skrzepu i na podstawie tego banalnego obrazu drobnowidowego nie możemy nic stanowczego powiedzieć o przebiegu zapalenia w samych jego początkach. Buerger podał dość szczegółowy opis anatomo-patologiczny zmian w *thrombangitis obliterans.* Proces chorobowy zajmuje zarówno ściany tętnic, jak i żył. Bujanie śródbłonka, liczne nacieki leukocytarne z obecnością komórek olbrzymich, wreszcie zajęcie przydanki, należy do typowo stwierdzanych zmian anatomicznych. Szczególnie na zajęcie przydanki chcę zwrócić uwagę, gdyż temu właśnie szczegółowi przypisuje Leriche i jego szkoła zasadnicze znaczenie w powstawaniu pewnych objawów klinicznych, o których następowo będzie mowa. Zakrzep, który wytwarza się w schorzałem naczyniu, ulega organizacji i następowej rekanalizacji. Istnienie opisanych wyżej ognisk zapalnych z naciekami uchodzi za cechę charakterystyczną i świadczy o częstych zaostrzeniach procesu w przewlekłym jego przebiegu. Miażdżyca tętnic w wieku młodym daje klinicznie podobny obraz. Drobnowidowo jednak nie stwierdza się opisanych powyżej zmian zapalnych, lecz obraz typowy dla miażdżycy wogóle. Uszkodzenie tętnic na tle odmrożenia może dać również podobny obraz kliniczny i drobnowidowy.

Thrombangitis obliterans pojawia się w dużym procencie u żydów, szczególnie z Rosji i z Polski, co silnie podkreślił Buerger w swoich pierwszych pracach. Z biegiem czasu namnożyło się jednak wiele obserwacyj, stwierdzających istnienie tego schorzenia u innych narodów i ras. Odnośnie do etjologji znany jeden czynnik niezmiernie ważny, t. j. palenie tytoniu. Barker, opierając się na materjale z kliniki Mayo, sądzi, że nikotyna jest w każdym razie czynnikiem usposabiającym i jej należy przypisać stałe postępowanie procesu chorobowego i nawroty. Willy Meier przypisuje nietylko nikotynie, ale i innym truciznom zawartym w tytoniu między innemi pirydynie szkodliwe działanie na naczynia.

Dokładna znajomość objawów omawianego schorzenia jest niezmiernie ważna praktycznie, gdyż pozwoli na wczesne rozpoznanie w okresie przedmartwiczym. Często się zdarza, że pacjenci tego rodzaju leczeni są w początkach na reumatyzm, płaską stopę i do tych przyczyn odnosi się bóle wzdłuż kończyn, szczególnie w łydkach. Wspomniałem już wyżej o zapaleniu żył powierzchownych, jako zjawisku występującem często w samym początku schorzenia. Aczkolwiek bólowi, jako objawowi ogólnemu, nie można przypisać wybitniejszego znaczenia patognomicznego, to jednak posiada on pewne cechy, które pozwolą na odniesienie go do zmian chorobowych w naczyniach obwodowych. Bóle te są zależne od zmian atmosferycznych i temperatury zewnętrznej. Uczucie pieczenia w okolicy palucha i podeszwy należy również do typowych sensacyj. Zaczerwienienie oraz ból w okolicy palucha uważa się bardzo często za wyraz skazy moczanowej (gicht). Poważniejszego znaczenia nabierają sensacje bólowe w łączności z objawami naczynio-ruchowemi. Niższą temperaturę stopy strony chorej w porównaniu ze zdrową, zaczerwienienie i zasinienie odnieść należy również do schorzenia naczyń kończyny. Chromanie przestankowe *(claudicatio intermittens)* jest objawem stałym, jako wyraz niewydolności *(insufficientia)* naczyniowej. Tłumaczyć go należy tem, że ukrwienie, które w schorzeniu naczyniowem jest wystarczające dla mięśni kończyny w stanie spoczynku, staje się niedostateczne przy pracy mięśniowej, która pociąga za sobą większe zapotrzebowanie odżywienia. Są chorzy, którzy przejść mogą i większe przestrzenie, idąc tylko wolno, są inni, którzy po kilkunastu krokach muszą przystanąć i dopiero po kilkuminutowym odpoczynku kontynuować mogą swój marsz. Dużą rolę w powstawaniu chromania przestankowego odgrywają skurcze naczyń obwodowych, które dołączając się do już istniejących zmian anatomicznych, powodują zamknięcie zupełne dowozu krwi na obwód. Mniejsza lub większa przestrzeń, jaką chory z chromaniem przestankowem jest w stanie przejść, nie jest więc miernikiem mniej lub więcej posuniętych zmian anatomicznych. Powodem tych skurczów naczyniowych, pogarszają-

cych sytuację przy już istniejącej niedomodze ukrwienia, są ciała toksyczne, które wytwarzają się przy pracy mięśniowej i nie mogą być należycie szybko zneutralizowane. Wspominałem już wyżej o częstem zajęciu żył na kończynie, które przechodzi przez okres ostry z zajęciem pewnego odcinka żyły powierzchownej, z temperaturą, bolesnością i zaczerwienieniem. Zajęcie żył głębokich jest rzadsze, występuje równolegle ze zapaleniem żył powierzchownych, prowadząc często do dużych obrzęków *(phlegmasia alba dolens)*. Zaostrzenia stanów zapalnych w żyłach są częste.

Zmiany troficzne w przebiegu *trombang. oblit.* występują albo pod postacią przewlekłego ropienia wokoło lub pod paznokciem palca dużego, dla którego przyczyny szuka się we wrastającym paznokciu *(unguis incarnatus)*, albo pod postacią owrzodzenia zwykle na wielkim palcu u nogi. Owrzodzenia te wykazują w pewnych okresach dążności do gojenia, zwykle jednak pogłębiają i rozszerzają się stopniowo, przechodząc na inne palce stopy, a zejściem ich często jest martwica jednego lub kilku paliczek i palców. Zaburzenia naczyniowe objawiają się na skórze pod postacią zasinienia, zwiększonego jej napięcia, oraz zmian w temperaturze skóry, spowodowanych albo wpływami atmosferycznemi albo pewnemi pozycjami ciała, jak np. podczas długiego stania. Okres początkowy z wymienionemi wyżej mniej lub więcej wyraźnie zaznaczonemi objawami trwa kilka miesięcy, lub kilka lat, prowadząc ostatecznie do zmian martwiczych. Zaznaczyć trzeba, że okres zmian martwiczych niezawsze jest poprzedzany dłuższym okresem wstępnych objawów. Chorzy zgłaszający się z zaczynającą się gangreną palca dużego odnoszą ją do przemarznięcia, uderzenia, często zaś nie znajdują żadnej przyczyny. Krótki okres wstępny w tych przypadkach charakteryzuje się bardzo silnemi bólami w okolicy palucha, ze szczególnem nasileniem w ciągu nocy. W ciągu kilku dni paluch staje się zimny, siny i ulega martwicy suchej, kurcząc się przytem, lub też powstałe na nim owrzodzenie drąży szybko w głąb, niszcząc stopniowo falangi palca. Stan tych chorych jest pożałowania godny. Bóle silne, szczególnie w nocy odbierają im sen, zmuszając do stosowania środków narkotycznych, które również niewielką sprowadzają ulgę. Chorzy wskutek bezsenności szybko tracą siły, wpadają w stany depresji. Najlżejsze dotknięcie palca schorzałego sprawia dotkliwe bóle, które chociaż zmniejszają się w ciągu dnia, nie pozwalają jednak na opuszczenie łóżka. Sytuacja przeciąga się, gdyż gangrena nie okazuje skłonności do demarkacji i chorzy sami domagają się zabiegu nawet radykalnego, byle tylko pozbyć się bólów. Widok tych chorych szczególnie w nocy jest charakterystyczny. Siedzą na łóżku z nogą przykurczoną, zgiętą w kolanie lub spuszczoną przez poręcz łóżka, gdyż pozycja pozioma i ciepło po przykryciu się powodują znaczne nasilenie bólu.

Rozpoznanie *thrombangitis obliterans* nie przedstawia zwykle wielkich trudności, jeżeli weźmie się pod uwagę młody wiek chorego oraz wykluczy kiłę i cukrzycę. Bardziej ścisłe dociekanie tła, na jakiem rozwinęło się zaczopowanie naczyń nie jest praktycznie konieczne i najczęściej jest wątpliwe spowodu niemożności określenia, jaki czynnik miał w danym przypadku znaczenie decydujące dla powstania zmian anatomicznych w naczyniach. Ważne natomiast praktycznie jest dokładne zbadanie stanu naczyń obwodowych oraz krążenia w kończynie. Zwykłe obmacywanie pozwoli na stwierdzenie braku tętna w tętnicy grzbietowej stopy, w tętnicy podkolanowej lub nawet w udowej. Buerger opisuje w prosty sposób badania ukrwienia kończyny. Chory leżąc w pozycji poziomej podnosi w górę kończynę do 45—90°. W przypadkach *thrombang. oblit.* wystąpi w przeciągu 30 sekund do 3 minut wyraźne zblednięcie, które obejmie rozmaicie wielki obszar w zależności od rozległości zmian naczyniowych. Jeżeli teraz nogę opuszcza się poniżej poziomu, wystąpi zaczerwienienie jako wyraz reaktywnego rozszerzenia naczyń powierzchownych, które nie były poprzednio w możności wypełnić się krwią przeciw sile ciężkości. Aczkolwiek objaw ten występuje też i w przypadkach miażdżycy, nie jest on jednak tak wyraźny i stanowi w początkowych stadjach ważny czynnik rozpoznawczy. Buerger wprowadził i inne pojęcie pomocne w ilościowem oznaczaniu krążenia t. zw. „kąt wydolności krążenia" *(angle of circulatory sufficiency)*. Kończyna o ukrwieniu normalnem podniesiona z pozycji poziomej do góry zatrzymuje swój kolor prawidłowy. Przy wadliwem i niedostatecznem ukrwieniu noga blednieje. Opuszczając stopniowo kończynę do poziomu, dochodzi się do pozycji, w której przybierze ona zabarwienie prawidłowe. W cięższych przypadkach noga musi być obniżona aż do poziomu, aby prawidłowe zabarwienie wróciło. W tym wypadku kąt wydolności krążenia będzie 90°. Przy dalszem obniżaniu kąt ten będzie się zmniejszał. W przypadkach *thrombang. oblit.* kąt ten rzadko przekracza 90°, a waha się około 60°.

Zmiany ciepłoty na powierzchni kończyny często towarzyszą stanom chorobowym naczyń. Bada się tę ciepłotę albo przez zwykłe obmacywanie, albo przy pomocy skórnych termometrów. W ciepłocie pokojowej między 22—26° ciepłota skóry w okolicy uda waha się między 33 a 35°, a w okolicy palucha 30—32°. W przypadkach *thrombangitis obliterans* stwierdza się zwykle obniżenie ciepłoty na powierzchni, przyczem oznaczyć można granicę, gdzie zaczyna się sfera niedostatecznego ukrwienia. Badanie to nie daje wskazówek niezawodnych, gdyż istnieje pewna niezależność pomiędzy temperaturą powierzchni, a głębszych części. Może ono jednak być pożyteczne, jeżeli chodzi o objektywne stwierdzenie skutku stosowanych środków, mających na celu rozszerzenie naczyń (Perlow). Bardzo pouczające wskazówki uzyskuje się przy pomocy rozpowszechnionego dziś oscylometru Pachona. Składa się on z okrężnej poduszki gumowej wypełnionej powietrzem i połączonej z manometrem, przy pomocy którego odczytuje się zmiany objętości odcinka danej kończyny. Zmiany te wywołane są wypełnianiem się naczyń przy tętnie. Wykazanie nagłych zmian w odczytywanych wartościach przy systematycznem badaniu świadczy o niedrożności naczyń. Może ona być czynnościowa, t. j. wywołana chwilowym skurczem naczyń, lub też zaburzenia te mają podłoże anatomiczne, jak np. przy *thrombang. oblit.* Rozróżnienie tych stanów jest możliwe, jeżeli badamy kończynę kilkakrotnie. Po zastosowaniu ciepłej kąpieli skurcz naczyń ustąpi i oscylometr wykaże warunki prawidłowe, natomiast wobec zmian anatomicznych oscylometr wykazywać będzie stale jednakowe odchylenia od normy. Wspomnę tu o odczynach skórnych, które również mogą być pomocne w badaniu klinicznem. Zasada ich polega na tem, że w stanach zaburzeń naczyniowych resorbcja ze skóry odbywa się szybciej spowodu zmniejszonej zawartości płynów w tkance. Odczyn Cohena np. przeprowadza się, wstrzykując na kończynie śródskórnie roztwór fizjologiczny. Jeżeli resorbcja bąbla skórnego, który znika w normalnych warunkach w czasie 30—60 min., opóźnia się, świadczy to o zamknięciu naczyń. Starr zastosował do diagnostyki schorzeń naczyniowych obserwacje Eppingera (1913) i Thomas'a Lewis'a (1927) odnośnie do reakcji histaminowej na skórze. Autor ten wykonuje nakłucia skóry przez kroplę histaminy. W warunkach prawidłowych histamina wywołuje miejscowe zaczerwienienie na skórze wskutek rozszerzenia drobnych tętniczek. Miejsce to otoczone jest zaczerwienionym obrąbkiem, wskutek zaś zwiększonej przepuszczalności naczyń powstaje w miejscu wstrzyknięcia bąbel. Reakcja ta jest najwyraźniejsza w 2—5 min. W przypadkach zaburzeń naczyniowych pojawienie się reakcji jest opóźnione, natężenie zmniejszone, brak obwódki czerwonej lub bąbla, a często reakcja ogranicza się do powstania małego zaczerwienienia, co jest oznaką daleko posuniętego zaczopowania naczyń. Zaznaczyć jednak należy, że nieprawidłowy przebieg reakcji histaminowej zachodzi też w przypadkach pewnych schorzeń skórnych, uszkodzeń skóry promieniami pozafioletowemi, oraz Roentgenem, jakoteż przy zmianach w zakresie nerwów obwodowych.

Przechodzimy obecnie do omówienia leczenia *thrombangitis obliterans*. Do niedawnego jeszcze czasu nasze środki terapeutyczne w tej dziedzinie były bardzo skąpe i częściej niż dziś przystępowano do zabiegów radykalnych, by znieść bóle. Skoro weźmiemy pod uwagę, że schorzenie naczyń obejmuje niejednokrotnie obie kończyny, przypadki odjęcia dwóch kończyn nie należały do wyjątków. Te okaleczające zabiegi nie są jednak zupełną gwarancją uwolnienia chorego od bólów, gdyż proces w naczyniach posuwa się dalej, co w konsekwencji prowadzićby musiało do coraz wyższych reamputacyj. W czasach obecnych leczenie idzie w kierunku jaknajdalej posuniętego konserwatyzmu. Przyczyniło się do tego dokładniejsze poznanie patogenezy schorzeń naczyniowych, a również olbrzymi rozwój chirurgji systemu współczulnego. Uchwycenie okresu pierwszego pozwala dzięki dzisiejszym naszym środkom leczniczym na zatrzymanie procesu chorobowego, a przez higjenę i ściśle przeprowadzone kuracje uchronić pacjenta od okresu końcowego, t. zn. od mniej lub dalej posuniętej zgorzeli kończyny. Swoistego i bezwzględnie pewnego leczenia dzisiaj niestety nie posiadamy. Usiłowania nasze kierujemy w dwóch zasadniczych kierunkach. Zadaniem naszem jest w pierwszym rzędzie zniesienie bólu, a pozatem pomoc naturze w jej samoistnych usiłowaniach leczniczych t. j. w kierunku wytworzenia krążenia obocznego. Baczną uwagę zwrócić należy na higjenę stopy chorej. Najmniejszy uraz wywołać może martwicę palucha. Stosowanie środków przeciwgnilnych jest szczególnie wskazane przy owrzodzeniach. Najszersze zastosowanie w tym kierunku znajduje dakinizacja. Pozatem stopę utrzymywać należy ciepło, sucho i w największej czystości. W razie wzmożenia się bólów, co często jest objawem zaczynającej się martwicy, wskazany jest bezwzględny spoczynek w łóżku i zupełny zakaz chodzenia. Podczas bezwzględnego spoczynku w łóżku istnieje minimum zapotrzebo-

wania na ukrwienie kończyny. Przez ten czas może wytworzyć się krążenie oboczne, które zapewni odżywienie zagrożonej kończyny.

Wielką popularność w ostatnich czasach zyskały środki hipotensyjne. Mają one na celu rozszerzenie naczyń krwionośnych obwodowych. Tu należy w pierwszym rzędzie acetyl-cholina wprowadzona przez L. Justin-Bezançon'a, padutyna czyli kallikreina *(Kreislaufhormon)* Frey'a. Nie mamy z naszej kliniki rozległych doświadczeń co do tych dwóch środków. Wedle jednak doniesień z literatury, oraz kilku własnych, klinicznych spostrzeżeń wyniki, jeżeli chodzi o acetyl-cholinę, są wcale zachęcające. Środek ten powoduje rozszerzenie drobnych tętniczek i tem tłumaczy się jego korzystne działanie. Co do padutyny to po okresie entuzjazmu dla tej substancji, uzyskanej przez Frey'a z trzustki, wyniki ogłaszane nawet przez autorów niemieckich nie brzmią jednomyślnie. Dysponujemy obecnie preparatem polskim pod nazwą myostrjatol uzyskanym przez Dadleza i Koskowskiego z wyciągu mięśni prążkowanych. Preparat ten nie zawiera białka, ani choliny, ani histaminy. Ma on wybitne działanie hipotensyjne dzięki rozszerzaniu naczyń obwodowych i tej właściwości zawdzięcza zastosowanie w schorzeniach naczyń obwodowych. Wyniki, jakie uzyskano przy stosowaniu tego środka w *thrombangitis obliterans* na materjale naszej kliniki oraz na innych oddziałach zdają się rokować nadzieje co do skuteczności myostrjatolu w schorzeniach naczyniowych. Również autorowie amerykańscy donoszą o dobrych wynikach, jakie uzyskano w leczeniu *thrombangitis obliterans* przy stosowaniu codziennem zastrzyków wyciągów mięśniowych. (Schwarzmann — 42 przyp.). Z innych środków wymieniamy angioksyl oraz lakarnol. Krog zaleca podawanie dożylne płynu fizjologicznego, co ma na celu zmniejszenie krzepliwości krwi i utrudnienie powstawania zakrzepów, Mayer zaleca stosowanie codzienne przez zgłębnik dwunastnicowy 8—10 l tego roztworu. Silbert podaje dożylnie roztwór hipertoniczny soli (5 : 100). Na pierwszem posiedzeniu wprowadza się 150 cm³ następnie po 300 cm³ trzy razy tygodniowo w przeciągu jednego miesiąca, poczem zmniejsza się stopniowo tę ilość. Silbert jest zdania, że dobry efekt zależy od rozcieńczenia krwi oraz rozciągnięcia naczyń krwionośnych. Przeciwwskazaniem do stosowania tej metody jest wiek ponad 60 lat, jakoteż zmiany chorobowe w mięśniu sercowym oraz wadliwa czynność nerek. Również Samuel donosi o doskonałych rezultatach tej metody przy gangrenach wywołanych zaczopowaniem naczyń. Insulina również znalazła tu zastosowanie na podstawie swego antagonistycznego działania do hormonu nadnerczy, których czynność ma być w przypadkach *thrombang. oblit.* wzmożona. Do sprawy tej wrócę przy omawianiu epinefrektomji w schorzeniach naczyniowych. W roku 1923 Goodman i Gottesman wprowadzili do leczenia *thrombang. oblit.* stosowanie obcego białka, opierając się na znanem spostrzeżeniu, że podczas gorączki występuje rozszerzenie naczyń krwionośnych. Stosowali oni dożylnie szczepionkę przeciwdurową w odstępach 4—5 dni, w dawkach wzrastających od 25.000.000, dochodząc do dawki 500.000.000 bakteryj. Waller i Allen w celu wywołania gorączki wstrzykują zawiesinę siarki domięśniowo. Wyniki tej metody nie są stałe. Baecker w r. 1927 doniósł o znacznej poprawie, jaką uzyskał wstrzykując wyciągi jajnikowe, które mają neutralizować działanie adrenaliny. Autor zwraca uwagę na fakt, że u kobiet choroba Buergera nie jest spotykana.

Duże znaczenie w leczeniu zachowawczem *thrombangitis obliterans* posiada aktyno- i termoterapja. Szczególnie diatermja wskutek wywoływanego ciepła w głębszych tkankach znosi skurcze naczyniowe, lampa kwarcowa zaś jest skuteczna w leczeniu owrzodzeń troficznych.

Leczenie najlepiej jest przeprowadzać u chorych leżących, gdyż spoczynek i ciepło to najprostsze i najskuteczniejsze czynniki lecznicze w *thrombang. oblit.* Leżenie w łóżku powinno trwać przynajmniej przez trzy do sześć tygodni, w którym to czasie stosuje się ciepło przez dwie godziny kilka razy dziennie. Buerger w celu podniesienia sprawności naczyń zaleca następujące ćwiczenia: chorą kończynę należy unieść w górę z pozycji poziomej do 60—90° celem wywołania zblednięcia, następnie opuścić kończynę, na której po 30 sek. do 3 min. zjawi się reakcyjne rozszerzenie naczyń. W tej pozycji utrzymać kończynę przez minutę, a następnie po powrocie do położenia poziomego zastosować działanie ciepła. Ćwiczenia te należy powtarzać co drugą godzinę. Bardzo korzystnem uzupełnieniem tych ćwiczeń naczyniowych są kąpiele naprzemian w zimnej i ciepłej wodzie.

Panuje zgodna opinja co do zakazu palenia tytoniu w przypadkach *thrombangitis obliterans.*

Prócz leczenia medykalnego, którego metody powyżej zestawiłem, mamy również do dyspozycji szereg metod chirurgicznych, które również podzielić można na dwie grupy, t. j. zabiegi paljatywne, mające za cel usunięcie bólów i poprawę krążenia, oraz zabiegi radykalne t. j. odjęcie kończyny na mniejszej lub większej wysokości. Wspomniałem już, że zabiegi radykalne t. j. amputacje nie są bezwzględną gwarancją zniesienia bólu i powstrzymania rozwoju choroby.

Spomiędzy zabiegów chirurgicznych zachowawczych, stosowanych w przypadkach *thrombangitis obliterans* wymienić należy podwiązywanie żyły udowej (Oppel), biodrowej zewnętrznej (Holmann, Edwards), żyły podkolanowej (Horton, Holmann, Brooks, Pearse). Metodę tę podano na tej zasadzie, że zamknięcie odpływu żylnego powinno spowodować podwyższenie ciśnienia w naczyniach włosowatych i polepszyć ukrwienie. Rzeczywiście zauważono podniesienie się temperatury na kończynie po podwiązaniu żyły. Stricker ze szkoły Leriche'a tłumaczy powstanie wyższej temperatury nie zwiększeniem ciśnienia wskutek utrudnienia odpływu lecz rozszerzeniem czynnem *(vasodilatation active).* Podwiązanie jest jego zdaniem typem sympatektomji, analogicznym do sympatektomji periarterjalnej. Ten ostatni zabieg został wprowadzony przez Jaboulay'a. Ugruntowanie swych podstaw fizjologicznych, jakoteż swe rozpowszechnienie i ścisłe określenie wskazań zawdzięcza Lerichowi i jego szkole. Początkowo zdjęcie przydanki naczyniowej było nader często stosowane w schorzeniach naczyń, gdyż nie zdawano sobie sprawy dokładnie z mechanizmu działania tego zabiegu. Nie wdając się w szersze rozpatrywanie tego mechanizmu, przypomnę tylko rzeczy zasadnicze. Przekonano się, że zdjęcie przydanki z tętnicy na pewnej przestrzeni powoduje zwężenie tętnicy w miejscu operacji, a rozszerzenie czynne (nie porażenne!) w naczyniach na obwodzie. Włókna sympatyczne danej kończyny nie biegną wszystkie wzdłuż głównego naczynia wchodząc w jego ścianę u nasady kończyny, lecz stopniowo, odcinkowo, dochodzą do naczynia od towarzyszących mu pni nerwowych. Zatem *sympat. periart.* nie może być ektomją, bo nie usuwa wszystkich włókien nerwów współczulnych. Zdjęcie wszystkich włókien z przydanki jest praktycznie niewykonalne, a identyczne efekty naczyniowe uzyskać można i bez skrupulatnego zdejmowania przydanki. Efekt tej operacji jest czasowy (4—6 tygodni), a mechanizm polega na usunięciu ze schorzałej tętnicy zakończeń czuciowych centrypetalnych, ciągle drażnionych, które drogą odruchu powodują nieprawidłowe skurcze naczyń. Mimo, że w wytłumaczeniu tego mechanizmu istnieją pewne punkty sporne, działanie korzystne *sympat. periart.* ogranicza się do wywołanego przez nią lepszego ukrwienia. Dlatego też sam Leriche był pierwszym, który ograniczył wskazania i przeciwstawił się bezkrytycznemu i masowemu jej stosowaniu. W *thrombang. oblit.* nie znajduje dzisiaj *sympat. periart.* szerszego zastosowania, gdyż wyniki na podstawie nowszych zestawień nie są zadawalające. Statystyka materjału naszej kliniki (Pol. Gaz. Lek. 1932) zgadza się najzupełniej z nowszemi statystykami i potwierdza to stanowisko.

W przebiegu choroby Buergera przychodzi do wytworzenia się skrzepu w naczyniach, główna tętnica kończyny jest często niedrożna i przedstawia się makroskopowo pod postacią litego wałka. Pod względem czynnościowym jest taka tętnica bez znaczenia, natomiast wskutek procesu chorobowego w jej ścianach, jest punktem wyjścia odruchów, dzięki którym przychodzi do spazmów naczyniowych i zaburzeń troficznych na obwodzie. Leriche jest zdania, że martwica w ostatniem stadjum choroby Buergera nie jest bezpośrednim wynikiem niedokrwienia wskutek zaczopowania głównego naczynia, lecz powstanie swoje zawdzięcza owemu ciągłemu drażnieniu zakończeń nerwów współczulnych, co ma miejsce przy przejściu procesu chorobowego na warstwę zewnętrzną naczynia. Na podstawie powyższych faktów zaproponował Leriche resekcję zaczopowanej tętnicy, usuwając w ten sposób miejsce powstawania nieprawidłowych bodźców. Jest to operacja oparta na tej samej zasadzie co *sympat. periart.*, tylko doszczętniejsza niż ta ostatnia. Wyniki uzyskane przez Leriche'a i innych autorów w poszczególnych odpowiednio wybranych przypadkach są rzeczywiście obiecujące. Trudno jednak spodziewać się korzystnego wyniku przy schorzeniu większego obszaru tętnic obwodowych.

Oppel na podstawie swojej teorji o adrenalinemji jako podłożu dla *thrombangitis obliterans* zalecił i pierwszy wykonał usunięcie jednego z nadnerczy, czyli t. zw. epinefrektomję. Można dyskutować na temat słuszności teorji Oppla z punktu widzenia anatomo-patologicznego i doświadczalnego. Jednakże wyniki praktyczne są zastanawiające i budzą pewne nadzieje. Zwolenników tego zabiegu znalazł Oppel w Leriche'u i jego szkole, którzy

ogłaszają również szereg dodatnich wyników. Na naszej klinice Prof. Ostrowski wykonał dwukrotnie epinefrektomję w przypadkach *thrombang. oblit.* Technika tej operacji polega na pozaotrzewnowem odsłonięciu okolicy nerek z cięcia poprzecznego w podżebrzu lewem (Bazy). Wyniki bezpośrednie w naszych przypadkach były zadawalające, o dalszych nie możemy narazie nic powiedzieć. Herzberg opierając się na zestawieniu 120 przypadków epinefrektomji stwierdza, że aczkolwiek doraźnie rezultaty są dobre, we większości przypadków amputacja późniejsza jest nie do uniknięcia.

Duże zainteresowanie obudziła sprawa zastosowania gangljektomji przy *thrombang. oblit.* Mechanizm tego zabiegu polega również na przerwaniu ramienia centrypetalnego łuku odruchowego, wywołanego nieprawidłowemi podnietami ze ścian naczyniowych. Jest to sympatektomja bliżej centrum, wskutek czego istnieje możliwość zblokowania przeważnej ilości włókien współczulnych. Są to operacje niepozbawione pewnego ryzyka, efekt ich zaś tylko wtedy jest korzystny, jeżeli wskazania były ściśle postawione. Wiemy, że zmiany spostrzegane na kończynach w przebiegu *thrombang. oblit.* są wynikiem z jednej strony zaczopowania naczyń, a więc zmian anatomicznych, z drugiej zaś strony zależą od skurczów nieprawidłowych, a więc zaburzeń naczyniowych. W przypadkach, w których ten drugi czynnik odgrywa dużą rolę, uzyskać będzie można wynik dobry po zabiegach na układzie współczulnym. Trudno natomiast będzie liczyć na korzystny wynik w przypadkach zmian anatomicznych dużego obszaru naczyniowego, gdzie nawet to *optimum* ukrwienia, jakie uzyskamy przez zblokowanie włókien współczulnych, nie wystarczy dla zachowania tkanek przy życiu.

Celem oznaczenia ilościowego roli czynnika funkcjonalnego w poszczególnych przypadkach *thrombang. oblit.*, stosuje się blokadę nerwu współczulnego zapomocą wstrzykiwania parawertebralnego środków znieczulających. W ten sposób przekonać się można, jaki wynik osiągnie się w danym przypadku po gangljektomji.

W celu zniesienia bólów tego najdokuczliwszego objawu *thrombang. oblit.*, Smithwick, White i Silbert zastosowali nastrzykiwanie alkoholem nerwów czuciowych stopy. Daleko pewniejsze i trwalsze wyniki daje przecięcie odpowiednich nerwów czuciowych. Technikę tego zabiegu podali niedawno Laskey i Silbert. Stopa jest zaopatrzona czuciowo przez 5 nerwów t. j. *tibialis post.*, *peroneus prof.* i *superf.* wreszcie *n. suralis* i *saphenus*. *N. tib. post.* zaopatruje cały obszar podeszwy oraz dystalne odcinki palców stopy, *n. peron. prof.* zaopatruje kości i stawy stopy oraz mały obszar skóry pomiędzy palcem dużym a drugim, *n. peron. superf.* zaopatruje cały obszar skóry grzbietu stopy do kostek, z wyjątkiem okolicy podstawy palucha i drugiego palca *(peron. prof.)* oraz brzegów bocznych i środkowych stopy. *N. suralis* zaopatruje okolicę dolnej bocznej części podudzia, boczną część pięty i stopy oraz palec piąty, *n. saphenus* zaopatruje brzegi wewnętrzne stopy.

Wspomniałem już, że w leczeniu *thrombang. oblit.* obowiązuje jaknajdalej posunięty konserwatyzm. Odnosi się to również i do zabiegów radykalnych, które niestety są niekiedy jedynem wyjściem ze sytuacji. Trudno jest podać prawidła i zasady ścisłe co do wysokości, w jakiej powinna być wykonana amputacja. Postaram się jednak zebrać kilka uwag, które uwzględnić należy przed powzięciem ostatecznej decyzji. Panuje naogół zdanie, że odjęcie kończyny należy wykonać w miejscu dobrze odżywionem, aby uniknąć martwicy płatów.

Granicę tę właśnie w przypadkach *thrombang. oblit.* trudno jest oznaczyć. Zdaniem pewnych autorów oscylometr daje tu ścisłe wskazówki. Zdarza się jednak, że oscylacje stwierdza się jedynie do połowy uda. Wynikałoby więc z tego, że w tem miejscu wykonać należy amputację. Na tak znaczne okaleczenie trudno się zdecydować, a praktyka wykazała, że nawet po amputacjach wykonanych w rejonie rzekomo niedostatecznie odżywionym, rany goiły się przez rychłozrost i nie występowała zgorzel płatów. To ostatnie powikłanie nie jest zresztą tak niebezpieczne w *thrombang. oblit.* jak w przypadkach zgorzeli starczych. Zgorzel w przypadkach *thrombang. oblit.* ogranicza się najczęściej do jednego lub kilku palców i rzadko przechodzi na stopę. W razie zajęcia palca dużego, a stwierdzenia tętna na *art. tibialis post.* można się ograniczyć do odjęcia samego palucha lub też przy bardziej posuniętej martwicy do odjęcia w zakresie stopy. Przy braku oscylacji na *art. poplitea* lub nawet na *art. femoralis* warto zaryzykować amputację podudzia niską, by oszczędzić choremu większego okaleczenia.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Witołd ZIEMBICKI. Lwów.

Choroba Jana Ostroroga.

Mieliśmy dwu Ostrorogów tego samego imienia chrzestnego i tej samej godności senatorskiej. Pierwszy z nich, Jan Ostroróg, wojewoda poznański, żył w wieku XV, za panowania Kazimierza Jagiellończyka i odznaczył się jako mąż stanu i autor słynnego „Pamiętnika dla naprawy Rzeczypospolitej". Drugi, prawnuk tamtego, również Jan i wojewoda poznański, urodzony w roku 1565, a zmarły w roku 1622, ulubieniec Zygmunta III, a wychowawca Władysława IV, celował zarówno odwagą, jak nauką i pozostawił po sobie szereg wybitnych pism, treści przeważnie politycznej i gospodarskiej, częściowo ogłoszonych drukiem, — współcześnie i później, — częściowo przechowanych tylko w rękopisie (1). Zachował się m. i. opis choroby, przebytej przez Ostroroga w roku 1619, już raz opublikowany wprawdzie przez znanego pisarza Chomętowskiego (2), ale niemniej zasługujący na powtórzenie, a przedewszystkiem na omówienie lekarskie. Jest to zabytek ciekawy tak ze względu na dokładną obserwację, dokonaną przez chorego na sobie samym, jak i ze względu na ówczesne zapatrywania i metody lecznicze, a wkońcu ze względu na szereg dobrych, a zapomnianych, wyrażeń z zakresu słownictwa lekarskiego.

Tekst podaję na podstawie rękopisu (3), zmieniając pisownię oryginału w myśl obowiązujących obecnie przepisów transkrypcyjnych, z zachowaniem właściwości językowych.

Opisanie Jego Mości chorób Anni 1619
Virga tua et baculus tuus ipsa me consolata sunt. (4).

„Ilekroć Pan Bóg wszechmogący na doczesnych rzeczach ludzie karze, zawżdy karania swoje pociechami kończy: jako Ociec, który dziatki swoje karze dlatego, aby ich naprawił i do dobrego końca nawodził. I ktokolwiek ukarania Boże z pokorą świętą i z dziekowaniem przyjmuje, nieomylny Pan Bóg w obietnicach swoich, w wielkie mu to pociechy obraca, czego, iżem ja sam na sobie w tym roku nieladajako doświadczył, dlatego, aby przykład dobrotliwości Boży, na mnie pokazany, milczeniem w niepamięć nie przyszedł: a nabarziej, aby dziatki moje, po śmierci my zostawszy, mieli ten przykład w wiadomości swoji, umyśliłem wszytko, cokolwiek z łaski swy święty Pan Bóg zemną czynić raczył, krótko napisać. I poczynam to od przeszłego sejmu, który był in principio Anni 1619 (5). W ten sejm, w piąty sejmowy tydzień, przypadł mi ślinogorz (6), to jest spadnienie języczka z wielkiem zapuchnieniem gardła. Leczył mię na to pan Adam Majer (7), doktor mój obecny, z panem doktorem Pawłem Katerlą (8), medykiem Jego Król. Mości (9). Ale którysi nocy we śnie tak mię potężnie począł ten ślinogorz dawić (10), żem się o się zląkł i o północku kazałem obudzić kapłana, który przy mnie na sejmie był i takem się z niem około sumnienia swego rachował, niebarzo sobie tusząc dnia doczekać. Ufolgowało mi potem zaraz i takem nietylko spokojnie nocy dospał, ale i prędko od tego przypadku wolnem (sic) został i na Zamku począł w radzie bywać i trwałem z łaski Bożej aż do skończenia sejmu. W rozmowach jednak i w radzie z pany doktory około zdrowia mego, uczyniliśmy takie postanowienie, abych ja lecie, kiedy się już od wiosennych odmian świat uspokoi, dla wysuszenia wilgotnyj głowy drzewo pił (11). I spisali zgodnie tak samo drzewo, jak i to, com ja przed poczęciem drzewa do dyspozycyjej leczenia tego czynić miał, czego potem pan doktor mój dobrze pilnował. A iż przeszła wiosna barzo długo zimna była, nie przystąpiliśmy do picia drzewa, aż na początku czerwca, a przez wszytek czas per intervalla, a już i w drzewie (12) otwierały się hemoroidy nie gwałtownie, ale prawie według potrzeby i tak mi wszytko barzo dobrze się nadawało. Były w tem czerwcu dni okrutnie gorące, a tak, iżem ja, choć to drzewo pijąc, z wieczora w pokoju swojem na safjanowych kołdrach legał, bom inaczej przed gorącem i parnością sypiać nie mógł i aż ku dniowi, kiedy już czas potom przychodził, dopierom te safjany zdejmował, a ciepło się okrywał. I szło wszytko to leczenie moje barzo dobrze. Aż kiedy na Święty Jan przeszły ona sroga universalis burza nastąpiła, która wszytek on, tak gorący, świat oziębiła, uczynił się też chłód i w pokoju mojem, w którem sypiał, a ja nie baczyłem się w tem i przeciem się na safjanach, jakom był zwykł układł i usnąłem twardo i oziębiłem się w spiączki, tak, żem się potem przez okrutny ból głowy ocucił, z oziębieniem nóg i ręku i postrzegłem się, żem był zatem in periculo paraliżu albo apopleksyjej. Rzuciłem się wskok do swych wódek, które zawsze mam in tales casus, wziąłem i confectionem anacardinam (13), wziąłem na głowę

duchnę (14), na nogi podszyte lisie pończochy, a sam na się ciepłą szubę (15) i, kazawszy ogień niecić, rozgrzewałem się przy kominie. Nakoniec kazałem wskok gramatkę (16), z cukrem, z kminem i z goździkami urobić i wypiłem jej niemałą czarkę i takem się prawie dobrze rozgrzał i bolu głowy zbył i owych drugich afekcyj niedobrych i układłem się w pierzynach i poty zwyczajne szły mi dobrze, po których zarazem tegoż dnia znowu mi się hemoroidy otworzyły: zaczem zrozumieliśmy wszyscy, że już ona perturbacyja przez oziębienie miała się wystać i dalej nie szkodzić. Aliści jednej nocy, jeszcze w hemoroidach, spadł mi na piersi duszący catharus (sic) i uczynił mi dychawicę ciężką z duszeniem serca. Straszna rzecz była i mnie ciężka, ale przecie pan doktor non despondit animum (17) i powiedziawszy, że to choroba do wyleczenia trudna, ale nic jest niepodobna, zaniechawszy dekoktu, jął mię na dychawicę leczyć. Zrazu ocięłna (18) była ta dychawica, ale tandem cessit medicamentis i znacznie odchodziła mi, tak, że już in principio augusti, jakoby na szóstem tego dniu, już barzo mało jej co zostawało. Ale Pan Bóg wszechmogący, który mię z tyj jednyj tak niebzpiecznej choroby wyswabadzał, nagotował mi dwie drugie, namniej in corpore tam purgato (19), jakiem ja wtenczas miał, niespodziewane. Bo die 6. Augusti rano przyszła na mię jakaś ciężkość do mówienia, w której ja postrzegłem się zaraz dobrze i opowiedziałem to panu doktorowi, ale causas nie znałem zgoła. On to obaczył, że już paraliż jął mię gabać (20), a w godzin dwie, albo trzy potem, jął mię lethargus, który subetem (21) zową po polsku, napadać. Opowiedział to wskok pan doktor przyjaciołom mojem, których niemało na trybunale było, przyzwał doktorów drugich i cyrulików, przyzwał i spowiednika mego i tak, nie powiedając mnie nic, uradzili per dolores externos (22) awerzyją malorum internorum uczynić. Ale też i ja potem, jako stary pacyjent, postrzegłem się sam i nietylko lubens (23) cruciatus (24), które mi zadawali, subivi, alem ich sobie więcy kazał czynić i z księdzem Adamem Makowskiem (25) Societatis Jesu, spowiednikiem mojem, o spowiedzi mówiciem począł, abyśmy się z nią pospieszyli, którą do poranku jutrzejszego odkładał, alem ja żadną miarą nie chciał, ale zaraz, kazawszy sobie przy łóżku nagotować, jakobych przecie, jakokolwiek na łóżku się wsparłszy, na ziemi klęczeć mógł, generalnam totius vitae meae confessionem czynić począł i cokolwiek mi na myśl przyszło, wszytkom z łaski Bożej odprawił i, absolucyją otrzymawszy, dopiero ostatki do drugiego poranku odłożył, com też potem, kiedy tego Pan Bóg dał doczekać, skończył i Sakrament naświętszy przyjął i codicillos (26) ręką swoją napisał, chociem się już śmierci za takiem opatrzeniem i awersyjami nie bał, bo lethargus jako in cruciatibus ustał, tak mię więcy nie gabał i paraliżowi nie dali panowie doktorowie oprymować mie, choć aż we dwie niedzieli dopiero właśnie to od paraliżu niebezpieczeństwo uspokoili. Przy tych wszystkich panów doktorów staraniach nie zaniechałem ja szukać przez śluby i obietnice na miejsca święte łaski Bożej, którą a to i odniosłem z miłosierdzia Jego świętego, ale Pan Bóg wszechmogący, który jeszcze i mnie grzesznego dalej ojcowskie (27) ukarać chciał i miłosierdzie i wszechmocność swoje nademną pokazać, nagotował mi czwartą, a naniebezpieczniejszą chorobę takiem sposobem: Po onem gwałtownem odwracaniu od głowy i serca szkodliwej wilgotności, wziąwszy się pomienione wilgotności, gwałtem mi w nogi wpadły, które mi aż za kolana okrutnie popuchły. Wyzdrowiała mi zatem głowa i wnętrze wszytko, o samych nogach panów doktorów została cura, jakoby w nich te humory wytrawić i determinowali, żebym znowu drzewo pił, uczyniwszy do tego przystojną dyspozycyją. A iż mi w tych przypadkach poty zwyczajne były stanęły, naprawili mi poty artificiales i tak co trzeci dzień chlebem jęczmiennem poty irytowałem, a lekarstwa pewne, które mię do picia drzewa przygotowywały, brałem. Zaraz skoro mi te nogi barzo popuchły, wyłożyła się na obudwu goleniach jakaś czerwoność, z który potem wymirzyły się (28) eryzypele, a jako to po polsku zowią, róże i czerwieniało to co dalej to barziej, ale nic nie bolało. Przyszła mi potem imaginacyja, że mi się zdało, że mi się te nogi otworzą, czego potem i pan doktor mój postrzegł i jeszcze w niedzielny dzień któryś powiedział, że się te nogi w przyszły czwartek otworzą, co się też i stało i otworzyły się, lewa mniej, na kilku miejscach małych, ale prawa wielkiem jakoby sadnem (29) między kostką a kolanem otworzyła się tak, żeby tego ledwie był dłonią zakrył i zlazła z tego martwa skórka wszytka, pod którą w samej skórze ukazały się dziurki jak durszlak (30), jedne większe, drugie mniejsze, przez które ciekła wódka jasna, przeźroczysta jak kryształ, tak, że żadnych chust, żadnego zawijania nie stawało, żeby to wszytko nie przemokło. Konkludowali zatem panowie doktorowie, przyzwawszy mądrych cyrulików, że, już te nogi tym cieczeniem wycieńczeją, bo pewnie na każdy dzień najmniej dwie kwarcie tego likworu wychodziło. Ale też zaraz jęli suspicari, żeby się gangrena w ty nodze nie uczyniła i zawżdy tak koło ty nogi chodzili, jakoby co najpilniej gangreny strzedz i bronić mogli, ale skoro już te nogi dobrze nadcieńczali, 8 Septembris półtory godziny przed wieczorem, kiedy nogę opatrowali, postrzegł pan doktor czarnej krostki i domyślił się, że to już gangrena się wykładała i zarazem, mnie nic nie powiedając, z drugiemi radę uczynili, aby co najmocniej około tego oblazłego miejsca takie defensiva czynić, żeby dalej, ani wzgórę, ani na dół, tego jadu nie puścić, czemu też nad spodziewanie, za pomocą Pana Boga wszechmogącego, dosyć uczynili. Z gangreną przypadła mi gorączka z wielką nudnością, z czego obojga Pan Bóg wszechmogący a to mię wyswobodzić raczył. Uradzili i to panowie doktorowie, że mię cztery razy od godziny do godziny oprawowali (31), żeby coraz świeże defensivum okładało się. Nazajutrz zaraz poczerniała ta plama wszytka i stwardziała jako kość i zaraz też panowie cyrulicy rzezać ją i do żywego dosięgać poczęli, żeby transpirationem miała, jakoż za błogosławieństwem Bożem zaraz wilgotności ukazować się poczęły i za każdą oprawą cokolwiek wyrżnęli, a czwartego dnia, to jest 12 Septembris już się jęła, z wielką ich pociechą, ropa ukazować, tak, że do dziesiątego dnia, to jest 18 Septembris, wszytka ta przysucha (32), jak ją po łacinie zową, escara (sic) (33), wypadła i rana się z żywego mięsa otworzyła i za rozsądkiem panów doktorów wszytkie niebezpieczeństwa zdrowia mego ustały, z łaski i miłosierdzia Pana Boga wszechmogącego, który a to mnie jeszcze grzesznemu czasu do pokuty użyczyć raczył i nie dał ubogich dziatek osierocić".

Okres, objęty skreśloną przez Ostroroga historją choroby, trwa, jak widzimy, okrągło 7 miesięcy. Rozpoczyna się z końcem lutego („piąty tydzień sejmowy"), a zamyka datą 18 września 1619. Objawy, występujące kolejno, a uważane przez Ostroroga za odrębne choroby, można, jak sądzę, sprowadzić do jednego, zasadniczego tła chorobowego i do jednej wywołującej, względnie potęgującej, przyczyny. Przyczyną tą byłoby zapalenie gardła, a następstwem: zapalenie nerek, lub też zaostrzenie sprawy nerkowej, już poprzednio istniejącej. Tem rozpoznaniem dadzą się wytłumaczyć wszystkie opisane objawy. Po zakażeniu migdałkowem i silnem zapaleniu gardła z obrzękiem, wywołującem uczucie duszenia, chory powraca do swych zajęć sejmowych, zaczynając zarazem przygotowania do „picia drzewa". Przepisane leczenie zmierzało, w myśl ówczesnych pojęć, do „wysuszenia wilgotności głowy". A gdy do tego celu służyć miało m. i. wywoływanie potów, przeto do właściwej kuracji przystąpiono dopiero po ustaleniu się pory ciepłej, w miesiącu czerwcu. Jak dalece w czasie takiego leczenia wystrzegano się wpływu zimna, dowodzi uwaga Ostroroga, że pomimo „picia drzewa" musiał spowodu wielkich upałów, sypiać bez przykrycia. Zastosowano zarazem i środki czyszczące, o czem świadczą dwa szczegóły: po pierwsze, zdziwienie Ostroroga, że *„in corpore tam purgato"* wystąpiły potem dalsze objawy chorobowe, a powtóre, że w czasie zażywania lekarstw „otworzyły się" krwawnice.

Dnia 24 czerwca (Św. Jan) po wielkiej burzy nastąpiło gwałtowne ochłodzenie powietrza tak, że chory, śpiąc, jak codzień, bez przykrycia, silnie w nocy przemarzł i zbudził się z zimnemi kończynami i mocnym bólem głowy. Czynnik termiczny podziałał może szkodliwie na organizm, uszkodzony już przez przebyte zakażenie, a może i przez drastyczne środki czyszczące. Ból głowy zwraca uwagę na nerki. Mamy w późniejszym przebiegu i nudności.

Narazie, po zastosowaniu całego szeregu środków rozgrzewających, stan podmiotowo się poprawił. Ale pewnej nocy, z końcem lipca, wystąpiła „dychawica z duszeniem serca" i utrzymywała się, zwolna ustępując, przez 6 dni. W parę dni później (6 sierpnia rano) zauważył chory „ciężkość do mówienia", poczem zaczął popadać w „letarg". Wszystko to objawy, dające się wytłumaczyć stanem mocznicowym: duszność, objawy przypominające dusznicę bolesną, wreszcie śpiączka.

Tym razem i lekarz nie na żarty się przeląkł, jak wynika z jego zarządzeń (zawiadomienie przyjaciół, wezwanie spowiednika). Leczenie zaś polegało m. i. na stosowaniu zewnętrznego bólu dla otrzeźwienia. Groźny stan nie trwał widocznie długo i zaczął ustępować tak, że do dwóch tygodni chory miał się pozornie dobrze, gdy wystąpił nowy objaw, a mianowicie silny obrzęk kończyn dolnych, sięgający poza kolana. Znowu więc uradzono „picie drzewa", poprzedzając je wywoływaniem potów, do czego tym razem użyto środka zewnętrznego: jęczmiennego chleba. Czy z tego powodu, czy z innego, przyszło wówczas do dalszych zmian na skórze kończyn dolnych, najpierw do zaczerwienienia, nazwanego przez Ostroroga „różą" — bez bólu

wszakże i bez gorączki — a potem do obumierania mniejszych i większych przestrzeni naskórka, cierpiącego pod wpływem ucisku i złego odżywienia. Przez powstałe ubytki, jak przez sito, odpływać poczęła obficie ciecz zastoinowa, w miarę zaś zmniejszania się obrzęków uszkodzenia pogoiły się i wreszcie przyszło do względnego wyzdrowienia.

Przyjmując zapalenie nerek jako dostateczne wytłumaczenie objawów, zamieszczonych w opisie Ostroroga, uważam dalsze różniczkowanie, np. z chorobami serca, za zbyteczne, zwłaszcza że nie wymaga tego sam przedmiot, nieprzedstawiający wielkiej wagi. Przypuszczenie, że mogło to być zaostrzenie dawniejszej sprawy chorobowej, opiera się na wskazówkach, świadczących o tem, że zdrowie Ostroroga istotnie już oddawna szwankowało. Sam on nazwał się, jak widzieliśmy, starym pacjentem. Już w roku 1612, a więc siedm lat przed opisaną powyżej chorobą, utyskiwał na zdrowie w liście, pisanym do szwagra swego, księcia Aleksandra Zasławskiego (34).

List ten przytaczam tu w całości (35):

†

Oświecone Xiążę mój
Miłościwy Panie i Szwagrze
Zaleciwszy uprzejme służby moje w łaskę powinną W: X: Mości mego Miłościwego Pana.

Wielcem się ucieszył z wiadomości o prędkiej bytności W: X: Mości, mego M: Pana we Lwowie: i lubo bym tam inszy sprawy niemiał, jechałbym przecie po to samo, żeby się ucieszyć z dobrego zdrowia W: X: Mości mego M. Pana. Ale i potrzebę mam dwojaką, jednę do doktorów, drugą, że tam spólnie z Jego Mością X: Arcybiskupem (36) komisarzem między mieszczany a przedmieszczany na piątek przyszły. Zdrowie moje poprawdzie mię na łóżku nie trzyma, ale in summo periculo versatur. Już o tym coram, dalibog zdrowie (37), a to dekokt piję już na czwartą niedzielę, i po iudicium o jego progressach jadę do Lwowa do medyków, tamże i komisyją odprawować będę. To na nas wielka dystrakcyja, że wyglądamy co raz trwogi (38), jużeśmy się na wozy poukładali, jużeśmy córeczki do lubelskiej ziemie wysłali, sami siedziem jako na szparze. I we Lwowie prosto nic się nie zabawię, jako na noc tam być chcę. Pokoje żony mojej niechaj wolne będą dla W: X: Mości, sam muszę swoje mieć, jako to w lekarstwie, które wielkiego potrzebuje wczasu. A też moja żona zostać sam musi (39), trudno in hac trepidatione obojgu domu odjeżdżać. Niewątpiemy jednak, tak blisko będąc, że nas W: X: Mość w domu sam naszem nawiedzić będziesz raczył ze Lwowa. Ostatek wszytek do ujrzenia, a ja tylko teraz uprzejme służby me zalecam w łaskę W: X: Mości, mego Miłościwego Pana. Z Ostroroga (40), 19. Junii Anno 1612.

W: X: Mości mego Miłościwego Pana
uprzejmy szwagier i sługa
J. Ostrorog, Wojewoda Poznański

Adres: Oświeconemu Xiążęciu Panu,
Panu i Szwagrowi, mnie wielce Miłościwemu
Xiążęciu JE° Mci Panu Kasztelanowi Wołyńskiemu, Staroście Żytomirskiemu.

Wiadomo dalej, że już w wyprawie moskiewskiej (1610) nie wziął Ostroróg udziału spowodu niedobrego zdrowia (41). Nie musiało to być jakieś błahe i przemijające niedomaganie, skoro męża tak dzielnego i czynnego powstrzymało w domu. Wiemy skądinąd, że szukanie wywczasu i wygody nie było jego zwyczajem. Wszakże to on, w przedmowie do swego „Myślistwa z ogary“ (42), zalecając myśliwską zabawę, — „która czasu pokoju ludzie wojenne w pracach, do wojny należących, zatrzymywa i zachowywa i zalegać się im nie da“, — pisał

„... A to ja, tak chromy i chory, jako mię Wasza K. M. sam dobrze znać raczysz, w przeszłą żałosną domową wojnę przy Królu Jego Mci Panu moim, a Ojcu Waszej K. M. (43) wytrwałem wszystkie obozowe i wojenne niewczasy, jako kto młody i zdrowy; co się tym stało, żem, myśliwcem będąc, nigdy się czasu pokoju nie pieścił, alem często na koniech pracował, niewczasom, którychem się był z młodu cierpieć i wytrwać nauczył, nie wystrzegałem się i nic legartowałem (44), i teraz, chociem już stary i do końca skaleczony, że i chodzić nie mogę, kiedy mię na konia wsadzą, wytrwam na nim, póki potrzeba“.

Przedmowa ta datowana była z Komarna, 6 lutego 1618. Ostroróg miał wtedy lat 53. Choć czuje się już „starym“ i jest na stałe „okaleczały“, konia jeszcze dosiada. Jakie to było okaleczenie, nie wiemy. Istniało ono już w czasie rokoszu Zebrzydowskiego i wojny domowej, a więc w roku 1607. wtedy już bowiem, jak pisze, był „chromy“.

Nie dziwią nas wobec tego wszystkiego stałe i dobre stosunki Ostroroga z lekarzami. A zalicza się do nich, prócz wymienionych wyżej: Majera i Katerli, także Erazm Syxt, znakomity medyk lwowski. W przedmowie do dzieła swego: „O cieplicach we Szkle“ (45), wyraża mu on wdzięczność w imieniu swojem i całego stanu lekarskiego i wyjaśnia, dlaczego jemu właśnie dzieło to dedykuje:

„...bo medyki W. Mć tak miłuje, że nietylko sam ich W. Mć szanujesz, ale też wielkim ludziom i monarchom do wielkiej egzystymacyjej pokazujesz i, gdziekolwiek jedno W. Mć może, tedy one ozdabiasz i obdarowywasz. I to też mnie do tego przywodzi: że W. Mć na mię nammiejszego między medykami lwowskiemi osobliwie łaskaw“.

Zauważa Syxt dalej, co następuje:

„...o wodzie pisząc, nikomu nieprzystojnie przypisać, jedno W. Mci, memu Miłościwemu Panu, który samym skutkiem i rzeczą wielkie pożytki tego żywiołu wody pokazujesz i nim, jako chce, kieruje“.

Nie sądzę jednak, ażeby to odnosiło się do zdroju siarczanego w Szkle i do jego własności. Jest to raczej obrazowa aluzja do jakichś robót regulacyjnych wodnych, w Komarnie, na których ślady można wskazać gdzieindziej. Nie wyklucza to oczywiście, że Ostroróg mógł korzystać z wód szkielskich w celach leczniczych. Jest to nawet bardzo prawdopodobne.

A jeżeli później, już po śmierci Ostroroga, leczył się w Szkle Władysław IV, jak to wiemy z listów Jana Sobieskiego (46), to możemy wnosić, że było to następstwem tej dobrej reputacji, jaką „u monarchów“, to jest u Zygmunta III i u królewicza, swego wychowanka, a późniejszego króla, wyrobił Ostroróg i Syxtowi i opisanemu przez niego rodzimemu zdrojowi.

Objaśnienia.

1) Zbiór rękopiśmienny jest własnością Biblioteki ord. Krasińskich w Warszawie (kodeks oprawny, l. inw. 279). Składa się on z wielu części, pisanych różną ręką, z czego tylko niektóre fragmenty należą do autografów Ostroroga. Świadczy o tem, prócz notatki, załączonej do kodeksu, porównanie z niewątpliwemi autografami, do których należy np. list Ostroroga, przechowany w Ossolineum. Będzie o nim mowa niżej.

2) Chomętowski Wł.: „Materjały do dziejów rolnictwa w Polsce w XVII w., poprzedzone wiadomością o życiu i pismach Jana Ostroroga, wojewody poznańskiego“. Wydawnictwo Biblioteki ord. Krasińskich: Muzeum Konstantego Świdzińskiego, tom II, Warszawa 1876. Tu na str. 49—53.

3) Odnośny ustęp rękopisu również nie jest autografem Ostroroga, był jednak pisany zapewne pod jego dyktatem, albo przepisany z pierwotnego autografu. W kodeksie zajmuje on karty 258—262. — Pisownia naogół jednolita, wyjątkowo tylko chwiejna (np. „wszytko“ i „wszystko“).

4) Słowa Psalmu XXII. W tekście polskim X. Wujka (1599): „Laska Twoja i kij Twój, — te mię cieszyły“. Aluzja do laski pasterza, strzegącego owiec. Por. Psałterz dawidowy i t. d., ed. S. Kozłowski, Wilno, 1863.

5) Sejm ten odbywał się w Warszawie i trwał od 22 stycznia do 5 marca 1619 r.

6) Ślinogorz, zapalenie gardła, angina. Por.: Brückner, Słownik etymologiczny, str. 531.

7) W Słowniku Kośmińskiego niewymieniony. Giedroyć (Źródła biograficzno-bibljograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce, Pam. Tow. Lek. Warsz., 1904, z. III, str. 593) pisze o nim: Majer Adam (Meyer), lekarz Zygmunta III i przytacza dwa dokumenty z Metryki koronnej, jego dotyczące, a mianowicie: Przywilej, mocą którego zostaje on medykiem królewskim i przywilej, uwalniający go od pełnienia obowiązków podskarbiego miejskiego w Lublinie, w tym celu, aby mógł czas swój poświęcić wyłącznie chorym.

8) U Kośmińskiego wymieniony bez imienia (str. 212), jako nadworny lekarz Zygmunta III. Kośmiński podaje błędną datę jego śmierci: 25 kwietnia 1625, gdyż ma być 27 kwietnia, Por. Weinert A., Wiadomość historyczno-statystyczna o morowem powietrzu w Warszawie w latach 1624 i 1625 panującem, Warszawa, 1825, str. 23, — na które to źródło Kośmiński się powołuje. Katerla zmarł na morową zarazę. Szczegół ten pochodzi z ogłoszonych w „Athenaeum“ pamiętników Albrechta Radziwiłła, którego słowa Weinert cytuje in extenso: „Gdym powracał z podróży do Warszawy, spotkałem znajomego mi lekarza, Katerlam zwanego. Dziwiło mię mocno, że, gdym, witając go, rękę mu podał, on swoję usunął; wówczas on podawał pigułki królowi: było to w piątek, a w niedzielę umarł z zarazy tak jadowitej, że innych przejęła i trzeba było spalić wszystkie jego rzeczy“. — Giedroyć (l. c., 1903, z. IV, str. 954), wy-

mienia go z imieniem Paweł i sądzi, że pochodzi z Wilna. Podaje dalej, że był lekarzem (medicus cubicularius) Zygmunta Augusta i że w Warszawie widzimy go już w r. 1616, przytacza wreszcie dwa dokumenty: przywilej na aptekę królewską (1619) i wyznaczenie pensji, zabezpieczonej na dochodach żup wielickich, w wysokości 420 florenów rocznie (1622).

9) Zygmunta III.

10) Wyrażenie, używane jeszcze w XV—XVIII wieku, później zastąpione przez „dławić". Por. Brückner, o. c., 85, 89.

11) Mowa tu zapewne o gwajaku. Było to t. zw. Drzewo święte, Lignum sanctum, lub benedictum, także lignum vitae, — Guajacum off. (Lignum guajaci). Pić drzewo, znaczyło więc pić Decoctum Ligni guajaci. Był to środek bardzo rozpowszechniony i stosowany z najrozmaitszych wskazań, także przeciw kile (nawet nazwa polska: drewno kiłogubne, Słownik lekarski, str. 278). Syreniusz w swym Zielniku (Kraków, 1613, str. 348) nazywa gwajak „drzewem indyjskiem". Jeszcze z końcem XVIII wieku znachodzimy liczne przepisy na dekokty drzewne. W jeden podobny wchodzą np. następujące składniki: china, sassaparilla (korzeń sarsaparylowy z różnych gat. Smilax), sassafras (drzewo sasafrzanowe), gwajak. Por. Tissot-Hirzel, Hausarzneibuch, Wien, 1792, str. 599, Holztisane.

12) T. zn. w czasie picia drzewa.

13) Lek, sporządzony z owoców orzechowatych rośliny drzewiastej, Anacardium. W użyciu było Anacardium wschodnie lub zachodnie. Zachodnie, A. occidentale L., też Cassuvium occidentale Lam., mahoń, dające ciecz oleistą, gryzącą (Kardol, Cardoleum), stosowaną głównie zewnętrznie (np. na brodawki); wschodnie, A. orientale, Semecarpus anacardium, stosowane w celach „rozgrzewających". Z niego to sporządzany rodzaj powidełek (Confectio anacardina) figuruje w dawnych lekospisach wśród środków na „choroby z zimnej przyczyny pochodzące". — Por. Słownik lekarski krak.; por. Wyrzykowski J., Farmakologja, II, 283; Richter G. A., Ausführliche Arzneimittellehre, Bd. II, Wien, 1832, str. 276; Virey, Histoire naturelle des médicaments, Paris, 1820, str. 287; Ładowski, Dykcjonarz historji naturalnej, I, 34.

14) Duchna, pierzyna.

15) Szuba, kożuch, suknem obszyty.

16) Gramatka: tak przezywano żartobliwie polewkę w XVI i XVII wieku. Por. Brückner, o. c., str. 155.

17) Despondeo, tracę serce, nadzieję. Non despondit animum, nie stracił ducha.

18) Ociętny, zawzięty, zatwardziały. Por. Brückner, o. c., str. 374.

19) Wskazuje to na użycie poprzednio silnych środków przeczyszczających.

20) Gabać, tyle co nagabywać.

21) Subet, śpiączka (z tureckiego, wzgl. arabskiego: subat). Por. Brückner, o. c., str. 524.

22) Dawniej często używany sposób pobudzający lub trzeźwiący, zadawania bólu rozmaitemi środkami zewnętrznemi.

23) Lubens, chętnie.

24) Cruciatus, tyle co supplicium.

25) X. Adam Makowski, jezuita. Por. Niesiecki, Herbarz polski, ed. Bobrowicz, t. VI, str. 324. — Jego pisma: por. Estreicher, Bibljografja, t. XXII, str. 52. Tamże data jego urodzenia (1575) i śmierci (1655).

26) T. zn. dyspozycje.

27) Stara forma przysłówkowa (po ojcowsku).

28) W tem znaczeniu wyrażenie to w słownikach polskich niezarejestrowane. Także i „wymierzać się" (wymawiać się, uiszczać) w tem znaczeniu nieznane.

29) Sadno, to samo co (mylnie) sedno. Odcisk od siodła. „Trafił w sedno", dotknął boleśnie. Z tegoż źródłosłowu „sadzel" czyli wrzód, fistuła. Por. Brückner, o. c., str. 479.

30) Durszlak, używane w XVI wieku, dziś „druszlak". Z niem.: Durchschlag. Por. Brückner, o. c., str. 99. — Zwraca uwagę, że Ostroróg odróżnia naskórek od właściwej skóry!

31) Oprawować, czyli opatrywać. Por. Linde, Słownik, t. III, str. 573. — Oprawa, opatrunek, opatrzenie, pielęgnowanie, ibid., str. 572.

32) Przysucha w tem znaczeniu nie podana ani przez Lindego, ani przez Brücknera.

33) Eschara, strup.

34) Aleksander książę Zasławski i Ostrogski, kasztelan wołyński, potem wojewoda bracławski, w końcu wojewoda wołyński, starosta żytomirski, syn Janusza, wojewody wołyńskiego. Siostra jego, Zofja, była za Janem Ostrorogiem. Por. Niesiecki, o. c., t. X, str. 95, 96.

35) Ossolineum, zbiór autografów, sygn. 1198.

36) Arcybiskupem lwowskim w tym czasie był Jan Zamojski. Por. Niesiecki, o. c., t. I, str. 30.

37) „O tym coram, dalibóg zdrowie", należy rozumieć: „O tem powiem osobiście, t. j. gdy się spotkamy, o ile Bóg (zdrowie) pozwoli".

38) Tak nazywano alarmujące wieści o zbliżaniu się nieprzyjaciela od wschodu (zagony tatarskie).

39) „Sam" t. j. tu. W tym wypadku: w domu.

40) Ostroróg, folwark pod Komarnem, właściwa rezydencja Ostroroga, nazwana tak na pamiątkę pierwotnej siedziby rodu. Komarno otrzymał Jan Ostroróg za pierwszą swą żoną, Katarzyną Mielecką, wojewodzianką podolską.

41) Por. Chomętowski, o. c., str. 6.

42) Szereg wydań, począwszy od r. 1608. Wydanie krytyczne w pracy Rostafińskiego J.: O myślistwie, koniach i psach łowczych książek pięcioro z lat 1584—1690, Kraków, nakł. Akad. Um., 1914 (Bibljot. pisarzów polskich, Nr. 64). — Por. też: Ziembicki W., Jan Ostroróg i jego „Myślistwo z ogary", Lwów, „Łowiec" 1933, nr. 12—14 i w osobnej odbitce.

43) Ostroróg zwraca się do królewicza Władysława, któremu dedykuje swe „Myślistwo".

44) Legartować, próżnować. Legart, próżniak, wylegujący się. Por. Brückner, o. c., str. 293.

45) Zamość 1617.

46) Por. Listy Jana Sobieskiego, wydane przez A. Z. Helcla (Bibljot. ord. Myszkowskich, zapis Świdzińskiego), Kraków, 1860. Tu w cz. I, rozdz. IV, list 148, pisany przez Jana Sobieskiego do żony, a datowany z Żółkwi, 7 czerwca 1668.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 2. 1934. Legeżyński St.: C. O. Jensen. — Weiss A.: Uwagi anatomiczne o gruźlicy nierogacizny na podstawie statystyki rzeźni w Katowicach (dok.). — Sidor K.: Sprawy wypryskowe u psów i koni i ich leczenie bromkiem sodu (c. d.). — Romański S.: Rozstrzeń woreczka żółciowego, jako nowy szczegół sekcyjny przy wściekliźnie psów.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 3. 1934. G. Simon: Wobec doniosłej reformy. — J. Pasternak: Szczególne zagadnienia ubezpieczenia emerytalnego robotników. — M. Baumgart: Zgłoszenia a orzeczenia ubezpieczalni co do obowiązku ubezpieczenia. — L. Waściszewski: Analiza kosztów administracji w K. Ch. — J. Wengierow: Kodeks zobowiązań a ubezpieczenia społeczne. — W. Mamrotowa: Rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu robotników rolnych. — J. Baumgarten: Dostosowanie ustawy o ubezpieczeniu społecznem do osób, zatrudnionych w żegludze morskiej. — Z. Łomnicki: O składce za ubezpieczenie wypadkowe i zaliczaniu zakładów pracy do klas i kategoryj niebezpieczeństwa. — K. Czyżewski: W sprawie lecznictwa i orzecznictwa lekarskiego w przypadkach urazowych. — A. Łomnicki: Odwołania od orzeczeń w sprawach obowiązku ubezpieczenia i wymiaru składek.

Zagadnienia Rasy. Nr. 4. 1934. H. Kłuszyński: Poradnictwo przedślubne a Kasy Chorych. — T. Welfle: Przymiot jako dyzgeniczny czynnik w społeczeństwie. — W. H. Melanowski: Dziedziczność a narząd wzroku. — S. Szulc: Badania polskiego instytutu badania zagadnień ludnościowych nad rozrodczością w Polsce. — J. Morzycki: Dziedziczenie własności wydzielania ciał grupowych O, A, B w ślinie.

Lekarz Wojskowy. Nr. 5. 1934. S. Przychocki: Dotychczasowy stan leczenia oparzeń iperytowych skóry. — B. Pawłowski: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia przepukliny przeponowej. — G. Szulc: Plany nauczania w zakładach lekarskich w Rosji Sowieckiej. — T. Sokołowski: Nowy kierunek nauczania chirurgji w Uniwersytecie Berlińskim. — S. Bober: Leczenie dyzenterji w XVII wieku.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 9. 1934. B. Koskowski i J. Stępień: Wody mineralne sztuczne (dok.).

Rocznik Psychjatryczny. Nr. XXII. 1934. J. Dretler: O objawowych zespołach paranoicznych. — N. Präger: Analiza przypadku schizofrenji. — R. Markuszewicz: Infantylizm popędu samozachowawczego. — J. Nelken: Higjena psychiczna w wojsku. — J. Mydlarski i M. Brunowa: Badania antropologiczno-psychjatryczne rodzin alkoholików.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 163. 1934. W. Sarnowiec: Nowa metoda rozpoznawania chorób powodowanych przez zarazki przesączalne w zastosowaniu do diagnostyki pomoru trzody. — S. Dowgiałło: Zastosowanie masy kontrastowej do rozpoznania przebiegu przetoki chrząstki kopytowej u koni.

OCENY.

La cellulite. L. ALQUIER. Masson 1933. Str. 237. Cena 30 fr.

Przedmiotem pracy jest poznawanie i wykazywanie zaburzeń równowagi odczynów naczynio-ruchowych i łącznochłonnych. Zaburzenia te wywołują zmiany tkankowe w postaci nacieków, zgrubień, guzków, chropowatości, nierówności tkankowych w kształcie ograniczonym, rozlanym, wzdłuż naczyń chłonnych i t. p. Zmiany te podciąga A. pod jedno miano „*la cellulite*"; mogą one być pochodzenia zakaźnego, urazowego, toksycznego, nerwowego i t. d., stąd obserwujemy je w wielu schorzeniach, niestety poświęcamy im bardzo mało uwagi.

Leczenie mające na celu usunięcie tych zaburzeń i ułatwienie krążenia chłonki celem odprowadzenia toksycznych składników, polega raczej na postępowaniu fizykalnem niż farmakologicznem. Stosowanie elektryczności, zabiegów cieplnych, masażu, naświetlań uważa A. za najbardziej celowe (leczenie odruchowe).

Janik (Iwonicz).

Les cures thermales en gastro-entérologie. M. VILLARET, FR. MONTIER. Masson. 1933. Str. 140. 18 fr.

Rzecz wydana w skromnym i małym formacie przez bibljotekę lecznictwa hydroklimatycznego winna się znaleźć u każdego lekarza zwolennika zdrojowiskowego leczenia schorzeń przewodu pokarmowego. Przedmiotem omawianym przez autorów są wody źródeł ciepłych i to francuskich.

Przystępny sposób ujęcia przedmiotu i fachowe podejście do niego ułatwia lekarzowi wybór odpowiedniego zdrojowiska.

Janik (Iwonicz).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

O czwartym czynniku hipotensyjnym w moczu i krwi ludzkiej. FRITZ LANGE (Monachjum). Dtsch. Arch. klin. Med. Bd. 176. Hf. 1. S. 1—13.

Po dożylnem podaniu kotom wyciągów z krwi i moczu ludzkiego, z których usunięto wszystkie trzy znane dotychczas czynniki hipotensyjne — mianowicie: adenozynę, histaminę i cholinę, względnie jej estry — stwierdził autor wybitną obniżkę ciśnienia krwi, którą odnosi do obecności w sokach ustroju ludzkiego czwartego, bliżej nieznanego czynnika hipotensyjnego.

Najsilniej działają wyciągi z moczu ludzi z *hipertonia essentialis* — najsłabiej z *hipert. nephrosclerotica* — działanie wyciągu z moczu ludzi normalnych odpowiadało wartościom średnim — wyciągi z krwi zachowywały się wręcz odwrotnie.

W. Musial (Lwów).

O przepuszczalności łożyska dla ołowiu. ANNY BAUMANN. Arch. f. Gyn. T. 153. z. 3.

Z doświadczeń autorki przeprowadzonych na szczurach wynika, że z krwiobiegu matki rozdziela się ołów, niezależnie od ilości jego i od czasu trwania ciąży, na matkę i płód odpowiednio do powinowactwa poszczególnych tkanek do tego metalu tak, jakby nie istniała żadna granica pomiędzy krwią matki i płodu. W łożysku ołów się nie gromadzi. *K. B.* (Lwów).

Zmiany w budowie białka surowicy krwi w gorączce połogowej. A. LATZKA. Arch. f. Gyn. T. 153. z. 3.

Badania przeprowadził autor u 45 chorych. Stwierdził, że potrzeba na to pewnego czasu, aby cała zawartość białka u chorych gorączkujących uległa zmianie, a mianowicie zmniejszyła się. Im dłużej trwa stan gorączkowy, tem zmiany te są wybitniejsze, natomiast w przypadkach bardzo silnego i gwałtownego zakażenia nieznaczne. Jeśli sprawa chorobowa się uspokaja i są widoki wyleczenia, to można to stwierdzić na podstawie zmian w budowie białka surowicy jeszcze przed spadkiem ciepłoty, gdyż wówczas utrzymuje się jeszcze zmniejszenie albumin i występuje zmniejszenie globulin, które zwykle idzie w parze ze zwiększeniem albumin. *K. B.* (Lwów).

W sprawie histopatologji narządów rodnych kobiet zmarłych na gruźlicę istniejącą poza narządem rodnym. E. PETROWA. Arch. f. Gyn. T. 150, z. 1.

U kobiet chorych na gruźlicę stwierdzono u 6.2% przypadków następową gruźlicę narządu rodnego.

W przypadkach, w których nie stwierdzono swoistych objawów gruźliczego zakażenia narządu rodnego, mimo to można było w narządzie rodnym wykazać następujące zmiany na błonie śluzowej macicy: a) brak dobrze rozwiniętej warstwy czynnościowej, b) niezwykle dodatni odczyn gruczołów warstwy podstawowej na mucykarmin, c) przerost warstwy podstawowej u kobiet stosunkowo jeszcze młodych, d) skleroza błony śluzowej podścieliska i e) torbielowate rozszerzenie gruczołów warstwy podstawowej.

Zanik warstwy czynnościowej błony śluzowej macicy u kobiet gruźliczych zależy prawdopodobnie od ogólnego zatrucia gruźliczego i od zaburzeń czynności hormonalnej jajników.

Rozszerzenie gruczołów błony śluzowej macicy *(degeneratio cystica)* jest, zdaje się, następstwem tego samego ogólnego zatrucia gruźliczego i powstaje wskutek zwyrodnienia śluzowego elementów nabłonkowych, które w znacznej ilości złuszczają się do wnętrza gruczołów.

Brak regularności u chorych gruźliczych zostaje spowodowany z jednej strony zanikaniem błony śluzowej macicy, a z drugiej strony upośledzeniem czynności jajników wskutek zajęcia aparatu folikułowego.

Zmiany w ścianach pochwy pozostają w związku z drażnieniem przez wydzielinę z macicy i z szyi, jakoteż ze zubożeniem ich w glikogen, a może częściowo są one również miejscowemi zmianami na tle zwyrodnienia.

Upławy kobiet gruźliczych są z jednej strony produktem zwyrodnienia gruczołów jamy i szyi macicy, z drugiej strony produktem ściany pochwy, która następowo popadła w stan zapalny. Zmiany zwyrodnienia stwierdzone w jajniku są następstwem ogólnego zatrucia gruźliczego. *K. B.* (Lwów).

Rozpoznanie i rokowanie w sprawach septycznych zwłaszcza połogowych na podstawie badania krwi sposobem Krielego. G. CHRIST. (Wrocław). Ztschr. f. Geb. T. 105, z. 2. 1933.

Przy pomocy stolika do badania krwi podanego przez Krielego badał autor pod drobnowidem opadanie ciałek czerwonych, ciałek białych i płytek krwi w przypadkach zakażeń połogowych. Okazało się, że opadanie ciałek czerwonych obserwowane pod drobnowidem ma to samo znaczenie, co próba makroskopowa. Znaczenie kliniczne opadania ciałek białych jest dotychczas niejasne. Szybsze opadanie płytek krwi wskazuje na zadrażnienie względnie zakażenie błon surowiczych. Co do zachowania się ilości płytek krwi, to nagły a przejściowy spadek ich ilości oznacza wytwarzanie się klinicznie jeszcze utajonego zakrzepu. Dłuższy czas trwająca trombopenja przemawia za zapaleniem płuc, zakażeniem błon surowiczych lub otorbionemi ropniakami.

Tworzenie się konglomeratów z krwinek czerwonych wskazuje na sprawy zakaźne. Czem więcej konglomeratów się spotyka, tem silniejszą jest jadowitość czynnika zakaźnego. Skupienia ciałek białych znachodzi się przedewszystkiem w sprawach ropnych. Znaczenie kliniczne skupień płytek krwi jest dotychczas niejasne.

Z. Rychlowski (Lwów).

Stosowanie lecznicze tiosiarczanu sodowego. J. KABELIK. Pres. Méd. Nr. 67. 1933.

Autor podaje wskazania do stosowania tiosiarczanu *(Natrium hyposulfurosum)* i omawia mechanizm jego działania. Środek ten wstrzykiwany dożylnie pobudza układ siateczkowo-śródbłonkowy, posiada przeto własności antytoksyczne, działa też przez odczepiającą się grupę SH lub siarkę koloidalną, tworząc kompleksowe połączenia z truciznami i wpływając na procesy utleniające w komórkach. Dobre wyniki lecznicze stwierdza się w rzucawce porodowej, w ciężkich stanach oparzenia, w bólach neuralgicznych, wspomaga działanie salicylu w reumatyzmach, jest odtrutką na nalewkę jodową i nadmanganian potasu przy podaniu doustnem a w zastrzykach dożylnych daje dobre wyniki w zatruciach fenolem i pochodnemi, arszenikiem i innemi ciężkiemi metalami. Połączenia kompleksowe tiosiarczanu i ciężkich metali posiadają specjalne powinowactwo do tkanek nowotworowych, uczulają je na promienie Roentgena i mogą być też w tym celu używane.

Skowroński (Lwów).

O konieczności stosowania roztworu fizjologicznego zawierającego również inne jony do wlewań podskórnych i dożylnych. A. I. JAROCKIJ. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1932.

Autor uważa za niecelowe i szkodliwe używanie do wlewań wyłącznie soli kuchennej, albowiem do krwi dostaje się nadmierna ilość jonów sodu i skład chemiczny płynów tkankowych

zmienia się, powodując zwiększenie przepuszczalności otoczek komórkowych. Jony sodu przenikają do komórki, wywołując rozpad komórki, a produkty białkowe nagromadzone we krwi mogą dawać objawy toksyczne. Autor zaleca stosowanie do wlewań roztworów zawierających zespół jonów zbliżony do składu elektrolitycznego płynów tkankowych. Tym wymogom odpowiada przepis Tyrode zawierający sole sodu, potasu, wapnia, sodę i glukozę.

M. Segal (Lwów).

Farmakologja Sparteini sulfurici jako środka nasercowego. A. L. RUSSO. Centr. Med. Zurn. 3—4. 1932.

Badania eksperymentalne na izolowanem sercu żaby i zwierząt ciepłokrwistych wykazały, że S. S. w małych dawkach wzmaga skurcze serca, w dużych dawkach osłabia i poraża akcję serca; małe i średnie dawki zwiększają parcie krwi i przyśpieszają tętno, duże dawki zmniejszają parcie krwi i zwalniają tętno. S. S. rozszerza naczynia i działa bezpośrednio na układ nerwowo-mięśniowy serca.

M. Segal (Lwów).

Wpływ kąpieli borowinowych na wchłanianie się przez skórę jodu i jego dalsze losy w ustroju. H. ANTHES, F. SALZMANN. Med. Klin. Nr. 33, 1933.

W przypadkach schorzeń wysiękowych stawów czy skóry jest wskazane stosowanie jodu w delikatnej formie i to właśnie możemy uzyskać w kąpielach borowinowych, bowiem borowina wzmaga wchłanianie się jodu przez skórę. Najwyższe zagęszczenie jodu w krwi występuje w $1^1/_2$ godz. po kąpieli, co tłumaczy się tem, że jod początkowo dostaje się do tkanek, a z nich dopiero do krwi. Jod wprowadzony przez skórę nie wydziela się przez nerki ani przewód pokarmowy, lecz zostaje złożony w tkankach. Tą drogą doprowadzony jod nie ma wpływu na stały poziom jodowy krwi.

Z. Godlowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Czy poród u zbyt młodych pierwiastek może mieć poważniejsze następstwa dla matki i dziecka? K. WEPSCHEK. Zbl. f. Gyn. Nr. 28, 1933.

Bodźcem dla powyższego tematu był projekt ustawodawstwa czecho-słowackiego, zezwalający na przerywanie ciąży u dziewcząt poniżej lat 16, o ile ciąża była następstwem zgwałcenia. Jako uzasadnienie ustawa ma na względzie higjenę rasową, gdyż wedle dotychczasowego doświadczenia dzieci zbyt młodych matek są mniej wartościowe pod względem rozwoju fizycznego. Porównawcze zestawienie przebiegu porodu i połogu u 96 pierwiastek poniżej lat 17 i 96 pierwiastek w wieku 20—24 lat, który to wiek uważany jest za najbardziej korzystny dla pierwszej ciąży, wykazało: że wiek zbyt młody nie jest mniej korzystny dla odbycia porodu aniżeli wiek późniejszy, a pod pewnemi względami nawet ma wyższość. Porody przedwczesne są częstsze u młodszych pierwiastek jak również dzieci o wadze mniejszej. Mimo to na podstawie krzywej wagi nie można twierdzić, że dzieci te są fizycznie mniejwartościowe w sensie wymienionej ustawy. Wobec tego dochodzi autor do wniosku, że niema ścisłego wskazania do legalizowania przerywania ciąży u młodych matek poniżej lat 16, gdyż zagrażałoby to zdrowiu i obyczajowości młodzieży.

M. Segal (Lwów).

Słabe bóle porodowe i środki wzmacniające je. L. BICKEL. Arch. f. Gyn. T. 153, z. 3.

Obserwacje na powyższy temat, poczynione na materjale kliniki berlińskiej (Prof. Wagnera) doprowadziły autora do następujących wniosków:

Środki wzmacniające bóle porodowe tak mechaniczne jak zwłaszcza farmaceutyczne zależnie od okoliczności po dokładnem ocenieniu przebiegu porodu w razie braku przeciwwskazania mogą być stosowane w każdym okresie porodu. Z wyjątkiem okresu porodowego nie należy środków farmaceutycznych stosować nigdy śródżylnie i w jednorazowej większej dawce. Środki mechaniczne bardzo dzielnie wzmacniają działanie środków farmaceutycznych. Z środków tych zaleca autor w pierwszym okresie porodowym prokteuryzę (założenie balonu do kiszki), a w trzecim okresie porodowym nastrzykanie płynem żył łożyska według metody G a b a s t o n'a. Przy tej kombinacji środków farmaceutycznych z mechanicznemi nawet w przypadkach bardzo słabej czynności porodowej bardzo często jest jeszcze możliwy poród siłami natury. Przy ostrożnem stosowaniu tego sposobu postępowania nie widział autor nigdy szkodliwego wpływu tak u matki jak i u dziecka.

Procentowo wyniki przedstawiają się następująco: przy pierwotnie słabych bólach i przedwczesnem pęknięciu pęcherza po podaniu środków farmaceutycznych i zastosowaniu środków mechanicznych (chinina, preparaty przysadki, prokteuryza, przestrzykiwania pochwy) w 88.6% przypadków poród siłami natury, przyczem w 82.1% wszystkich przypadków wystarczyło zastosowanie jednej serji tychże środków dla osiągnięcia zupełnie normalnej czynności porodowej. Częstość operacyj pochwowych w tej grupie przypadków wynosi 8.9%, przyczem nigdy nie zauważono następowego osłabienia bólów po zabiegu. W 2.4% przypadków środki wzmacniające bóle porodowe zawiodły i przypadki te musiały być rozwiązane przy pomocy cięcia cesarskiego. W tej grupie przypadków wieloródki reagowały na te środki lepiej aniżeli pierwiastki, również rodzące z płodami donoszonemi lepiej aniżeli z płodami niedonoszonemi. Kombinacja chininy z tymofizyną okazała się lepsza aniżeli z preparatami przysadki. Śmiertelność dzieci wynosi 4% i dotyczy samych dzieci niedonoszonych.

W przypadkach pierwotnie słabych bólów, ale utrzymanym jeszcze pęcherzu, wyniki są mniej korzystne. Odsetek porodów siłami natury wynosi 82.1%, ilość operacyj pochwowych większa, bo 14.2%, cięć cesarskich spowodu zawodu 3.6%.

Następowe osłabienie bólów porodowych w pierwszym okresie porodowym wymaga przedewszystkiem zastosowania środków uspokajających. O ile zajdzie później konieczność zastosowania środków pobudzających macicę do skurczów, to takowe nie działają już tak energicznie, jak przy słabych bólach na początku porodu.

W tej grupie przypadków tylko 74.6% porodów odbyło się siłami natury, w 10.6% przypadków zawiodło nawet kilkakrotne stosowanie różnych środków, 2.6% rodzących rozwiązano cięciem cesarskiem, u 8% zabiegami od strony pochwy. W całości odsetek operacyj pochwowych jest dlatego bardzo wysoki, bo wynosi 22.6%. Natomiast odsetek śmiertelności dzieci jest mniejszy, gdyż w tem stadjum porodu w razie niebezpieczeństwa zagrażającego życiu płodu warunki do ukończenia porodu są korzystniejsze.

Gorsze działanie środków wzmacniających bóle porodowe w przypadkach następowego osłabienia tychże w porównaniu do ich działania w przypadkach pierwotnie słabych bólów tłumaczy autor tem, że w ostatnich przypadkach często idzie tylko o to, aby uczulić zdolny sam przez się do pracy mięsień, który chwilowo odpoczywa, względnie jest nieczynny, podczas gdy w przypadkach następowego osłabienia bólów możemy wprawdzie zastosować leczenie zastępcze, hormonalne ale nie energetyczne, które właśnie byłoby tutaj wskazane.

Z tego też powodu wyniki lecznicze w przypadkach następowego osłabienia bólów w drugim okresie porodowym są jeszcze gorsze. Ilość porodów siłami natury wynosi 70.3%, ilość zawodów 14.4%, odsetek operacyj pochwowych 29.6%, zato śmiertelność dzieci 0%. Mniejszy odsetek porodów siłami natury pochodzi może stąd, że w tym okresie porodowym stosowano jedynie środki farmaceutyczne spowodu niemożności zastosowania i mechanicznych. Zdaniem autora, ilość porodów siłami natury w tej grupie przypadków byłaby z pewnością większa, gdyby stosowano wyłącznie stare nieoczyszczone preparaty przysadki. Stwierdził bowiem, że nowe wyciągi przysadki, zawierające jedynie składniki pobudzające macicę do skurczu, w drugim okresie porodowym działają słabiej aniżeli stare, nieoczyszczone preparaty.

Pod każdym względem niezadowalniające są wyniki w przypadkach, w których w czasie całego porodu były bóle słabe i to tak pierwotnie jak i następowo. U 1/4 tych rodzących trwał poród przeciętnie dłużej aniżeli 48 godzin pomimo kilkakrotnego stosowania środków wzmacniających bóle, tylko 46.2% urodziło siłami natury, u 53.8% musiano ukończyć poród operacyjnie, śmiertelność dzieci wynosi 20.3%, a matek 5.5% (!).

Wzniecenie porodu środkami mechaniczno-farmaceutycznemi uważa autor za wskazane w przypadkach stwierdzonej ciąży przenoszonej, zwłaszcza przy podejrzeniu nadmiernego rozwoju płodu, przy nawykowem przenoszeniu i u kobiet, które rodziły poprzednio dzieci nieżywe. U 62.5% nastąpił poród siłami natury. Często atoli w tych przypadkach trwa poród kilka dni i wkońcu musi być ukończony operacyjnie. W 24% przypadków wzniecenie porodu zawiodło zupełnie. W takich przypadkach, o ile płód jest przenoszony, wskazane jest jedynie cięcie cesarskie. W przypadkach zatrzymania łożyska uważa autor nastrzykanie naczyń pępowinowych za sposób bardzo dobry, który go nigdy nie zawiódł. W razie krwotoku poporodowego stosuje preparaty przysadki, które w 32.5% przypadków same wystarczyły do opanowania krwotoku. Ręczne wydobycie łożyska musiano zastosować w 8.2% przypadków.

K. B. (Lwów).

Przebieg i prowadzenie porodu u starszych i starych pierwiastek. K. HEYROWSKY. Arch. f. Gyn. T. 153, z. 1.

Materjał obserwacyjny pochodzi z zakładu położniczego t. zw. „*Cecilienhaus*" w Berlinie. Ze spostrzeżeń autora wynika, że zasadnicze znaczenie dla przebiegu porodu u starszych pierwiastek

ma okoliczność, czy część przodująca w chwili rozpoczęcia się porodu znajduje się już w miednicy, czy też ponad wchodem, jeśli zaś część przodująca jest ustalona, zależy dalszy przebieg porodu od podatności względnie zdolności rozszerzania się części miękkich kanału rodnego i od jakości pracy porodowej.

W przypadkach położeń pośladkowych, o ile pośladki są ruchome, uważa cięcie cesarskie za metodę wyboru.

Im starsza jest rodząca, tem zasadniczo słabsze są bóle porodowe, co sprawia, że też i częstość zabiegów operacyjnych zwiększa się z wiekiem rodzącej pierwiastki. I tak np. kiedy częstość operacyj kleszczowych u pierwiastek w wieku od 31—35 lat była prawie taka sama jak przeciętnie u zwykłych rodzących, to już u pierwiastek w wieku od 35—40 lat była 3 razy większa, a w wieku od 41—45 lat 11 razy większa aniżeli bywa przeciętnie u normalnych rodzących.

Również śmiertelność dzieci wzmaga się z wiekiem rodzących. O ile w chwili rozpoczęcia porodu główka jest ruchoma, to zasadniczo nie można liczyć na poród siłami natury. Słabe bóle można należycie wzmocnić przez podawanie środków pobudzających macicę do skurczów. Pamiętać atoli należy o tem, że dobry skutek można uzyskać jedynie przez umiejętne stosowanie tych środków w małych a nawet minimalnych dawkach. Dawki duże bowiem, działając zbyt energicznie, powodują po czasie raczej ustanie czynności porodowej.

Wskazania do cięcia cesarskiego winno się, zdaniem autora, u starszych a zwłaszcza u starych pierwiastek ocenić daleko swobodniej. Z drugiej strony jest rzeczą możliwą przez umiejętne prowadzenie porodu ograniczyć w znacznym stopniu ilość zabiegów operacyjnych, a zwłaszcza operacji kleszczy wysokich, który to zabieg wogóle winien być wyeliminowany. W wielu przypadkach bardzo dobre usługi oddaje diagnostyka rentgenowska, której w razie najmniejszej niejasności nie należy zaniechać.

K. B. (Lwów).

Zator płucny bezpośrednio po porodzie. ALEX. EBERGÉNYI. (Debrecen). Zbl. f. Gyn. Nr. 20. 1933.

Opis przypadku, w którym w 20 min. po porodzie kleszczowym wystąpiły: silna duszność, silne kłucie w boku, drobne tętno, sinica warg i paznogci; po godzinie odpluwanie jasnoczerwonej pienistej plwociny. Macica dobrze obkurczona, brak objawów krwawienia. Klinicznie stwierdzono objawy zatoru płucnego. Wstrzykiwano kilkakrotnie morfinę. Przypadek skończył się pomyślnie. Pacjentka jako żona lekarza była kilkakrotnie badana i prześwietlana w czasie ciąży, przyczem zmian w płucach ani w sercu nie stwierdzono. Statystyka ilości zatorów po porodach wykazuje 0,06%; naogół zatory płucne po porodach są o wiele rzadsze aniżeli po laparotomjach. Przypadków zatoru płucnego w tak krótkim czasie po porodzie (20 min.) — autor w literaturze nie spotkał.

W tym przypadku zator pochodził prawdopodobnie z żył łożyskowych względnie macicznych.

M. Segal (Lwów).

Posocznica i gruźlica prosówkowa po sztucznem przerwaniu ciąży. B. WALTHARD. Arch. f. Gyn. T. 153, z. 1.

U 26-letniej wieloródki w 3-cim miesiącu ciąży wystąpiła gorączka i odchody krwawe a następnie ropne. W celu wypróżnienia macicy założono do szyi na 2 dni pręciki blaszecznicy, poczem wykonano wyskrobanie macicy. 17-go dnia po zabiegu zmarła chora wśród objawów posocznicy i zapalenia otrzewnej.

Sekcja wykazała zupełnie świeżą gruźlicę prosówkową płuc, nerek, śledziony i wątroby, jakoteż gruźlicę serowatą wnętrza macicy połogowej i trąbek, a wreszcie posocznicę paciorkowcową i rozlane, ropne zapalenie otrzewnej.

Analizując przebieg sprawy chorobowej, wyraża autor zapatrywanie, że zakażenie gruźlicą wnętrza macicy nastąpiło już po zastąpieniu z trąbek, do których sprawa gruźlicza przedostała się drogą krwionośną z ogniska gruźliczego gruczołów piersiowych. Omawiając krytycznie sposób postępowania twierdzi, że w poronieniu w przypadkach zakażonych jedynie zachowawcze postępowanie jest wskazane.

K. B. (Lwów).

Przypadek usiłowanego spędzenia płodu w IX. mies. ciąży przy pomocy rozczynu mydlanego. J. BEAUFAYS. (Münster). Zbl. f. Gyn. Nr. 27, 1933.

Ciężarna w celu przerwania ciąży robiła gorące przestrzykiwania w ciągu tygodnia. Spowodu wystąpienia bólów udała się do lekarza, który założył jej pałeczkę blaszecznicy (laminarja), pozatem wdmuchiwał sproszkowany węgiel do pochwy i do ujścia macicznego. Spowodu wystąpienia wysokiej ciepłoty i dreszczy przywieziono pacjentkę do kliniki. Wykonano trepanację; usunięcia macicy zaniechano ze względu na ciężki stan septyczny. Sekcyjnie stwierdzono: daleko posunięte rozległe zmiany nekrotyczne w *endometrium*, mięśniu macicy, pozatem liczne wylewy krwawe w jajnikach, trąbkach i ścianie macicy stwierdzone mikroskopowo. Zmiany te są zdaniem autora zupełnie typowe dla nekroz alkalicznych, wywołanych rozczynami mydlanemi, opisanemi po raz pierwszy przez Rungego w r. 1927. Zmiany wywołane innemi rozczynami alkalicznemi (szare mydło, salmiak, proszek mydlany) wprowadzonemi do jamy macicy celem przerwania ciąży, opisane przez innych autorów, są bardzo typowe i zgadzają się z opisem powyższego przypadku.

M. Segal (Lwów).

Gwałtowny krwotok w następstwie skrobanki po poronieniu. Pince à demeure; wyleczenie. POUX (Avignon). Soc. Fr. de Gyn. 1933. z. 7.

Wobec gwałtownego krwotoku po poronieniu septycznem w IV mies. ciąży autor zamknął szyję macicy szczypczykami Museux, które pozostawił przez 24 godz. Po kilku dniach gorączki chora zdrowa opuściła zakład.

H. Newlińska (Lwów).

Zaburzenia rozwojowe miednicy w przypadkach bardzo słabych bólów porodowych. H. FEDTKE. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 3.

Przy pomocy zdjęć rentgenowskich miednicy z profilu stwierdził autor, że przy pozornie normalnych lub tylko nieznacznie i w sposób niecharakterystyczny od normy odbiegających zewnętrznych wymiarach miednicy można rentgenologicznie wykazać patologiczną postać miednicy, cechującą się dłuższym wymiarem sprzężnej prostej, pojemniejszą jamą miednicy, większem nachyleniem miednicy, jakoteż mniejszym kątem wchodu miednicy (t. j. kątem pomiędzy płaszczyzną kości krzyżowej a linją łączącą wzgórek kości krzywej z górnym brzegiem spojenia łonowego, który zwykle wynosi 90—100°). Według badań Schuberta można tę postać miednicy wytłumaczyć tylko jako następstwo zaburzeń rozwojowych. Występuje ono jużto jako jedyny objaw lub też w połączeniu z innemi objawami infantylizmu. Jako ważny szczegół podnosi autor, że wobec normalnych wymiarów zewnętrznych żadna ze znanych postaci miednic infantylnych nie może tu wchodzić w grę. Tę postać miednicy często spostrzegał u rodzących z bardzo słabemi bólami porodowemi, których przyczyny w żaden sposób nie mógł i nie umiał sobie wytłumaczyć. Sądzi więc, że przyczyny tych słabych bólów w podobnych przypadkach należy dopatrywać się w ogólnych zaburzeniach rozwojowych i że tłumaczenie takie przyjąć można na podstawie wykazania przy pomocy obrazu rentgenowskiego wspomnianej postaci miednicy. Zaburzenia rozwojowe u takich kobiet powodują bowiem również niedostateczny rozwój macicy.

K. B. (Lwów).

Kuracja chininowo-przysadkowa w leczeniu poronień gorączkujących. K. HABBE. Zbl. f. Gyn. Nr. 27, 1933.

Podawano chininę w dawce 0,25 co pół godziny; po drugiej dawce chininy zastrzyk domięśniowy 1/3 amp. hipofizyny (1 jedn. Voegtlina), następnie chininę naprzemian z hipofizyną (1/3 amp.) co 1/2 godziny — ogółem jeden gram chininy i jedna ampułka hipofizyny w ciągu dwóch godzin. Większe dawki chininy są przeciwwskazane, gdyż działają hamująco na skurcze macicy. Przy poronieniu do 5—6 mies. czekamy na odejście płodu i łożyska, poczem ewentualnie usuwamy tępą łyżeczką resztki łożyskowe i błony płodowe. Przy poronieniu 1—3 mies. wyłyżeczkowanie jest konieczne, gdyż nie mamy pewności, czy całe jaje płodowe zostało wydalone.

M. Segal (Lwów).

Los dzieci urodzonych cięciem cesarskiem. WALTER BROMBERGER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 92, z. 1—2.

W pracy niniejszej autor podaje rozwój dzieci urodzonych zapomocą cięcia cesarskiego od 15-u miesięcy do 6-u lat po tym zabiegu. W rozważanie wchodzi 105 dzieci. Wyniki okazały się następujące: 1. W pierwszym roku życia zmarło 8, co stanowi 7,6% śmiertelności. Odliczając przypadki śmierci, spowodowanej znacznym urazem porodowym, otrzymał autor 5,3% śmiertelności, co na ogólną śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia w Berlinie — 9% — (statystyka dotyczy Berlina) — dowodzi większej zdrowotności dzieci, urodzonych cięciem cesarskiem. 2. Chorobliwość dzieci nie jest wzmożona. 3. Ogólny rozwój, a więc waga, czas przerzynania się zębów, początków chodzenia, biegania i mówienia niczem się nie różnił od dzieci, które przyszły na świat drogą naturalną. Na tej podstawie autor nie uważa, ażeby cięcie cesarskie mogło w czemkolwiek szkodzić dalszemu rozwojowi urodzonych tą operacją dzieci.

J. Lenczowski (Lwów).

Technika cięcia cesarskiego szyjnego poprzecznego. KRAUL. Zbl. f. Gyn. Nr. 7, 1933.

Dobre strony cięcia leżą w szybkości kurczenia się macicy po tem cięciu, braku atonji oraz możności operowania na macicy ciężarnej. Opisując technikę cięcia, autor wypowiada zdanie, że obecnie należy operowanie tym sposobem uważać za metodę wyboru. *T. Gizowski* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Profilaktyka i leczenie kiły wrodzonej. FRANCISZEK WALTER. Przegl. Derm. Nr. 3, 1933.

Autor przedstawił szereg doniosłych zagadnień, odnoszących się do zapobiegania i leczenia kiły wrodzonej, w formie programowego wykładu, wygłoszonego na posiedzeniu sekcji pedjatrycznej i dermatologicznej w czasie obrad XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu, we wrześniu 1933 r.

Z danych statystycznych, zebranych w zakresie kazuistyki kiły wrodzonej na materjale kliniki dermatologicznej U. J. i oddziału chorób skórnych i wenerycznych Szpitala św. Łazarza w Krakowie z ostatnich 8-miu lat, wynika, że u 18 matek, które zaszły w ciążę 30 razy, a które albo nie wiedziały o swem zakażeniu, albo nie były leczone, — było:

1) noworodków urodzonych zdrowo 1 (3,33%),

2) noworodków z objawami chorobowemi 13 (43,35%),

3) noworodków tylko z dodatnim odczynem Bordet-Wassermanna 3 (10%),

4) noworodków z klinicznemi objawami chorob. 13 (43,35%),

5) płodów donoszonych, nieżywo urodzonych lub zmarłych natychmiast po urodzeniu 3 (10%),

6) poronień i porodów przedwczesnych 10 (33,3%).

Sprawa zwalczania kiły wrodzonej jest ściśle związana z akcją wczesnego rozpoznawania i odpowiedniego leczenia kiły nabytej i ze sprawą wydawania pozwolenia na zawarcie związków małżeńskich osobom, które przebyły zakażenie. Z tą sprawą wiąże się ściśle sprawa leczenia swoistego chorych ciężarnych i chorych niemowląt. Osobom, które uległy zakażeniu kiłowemu można tylko wówczas pozwolić na zawarcie związków małżeńskich, o ile dopełniły ściśle warunków leczenia. Obserwacja kontrolna po skończeniu leczenia trwać powinna u kobiet dłużej niż u mężczyzn (u mężczyzn 2 lata, u kobiet 3 lata), przyczem kobietom tym, jako już zamężnym, polecić należy wstrzymywanie się od zajścia w ciążę aż do szóstego roku po zakażeniu. W czasie ciąży przeprowadzać należy badania kontrolne co 3 miesiące. Gdyby jednak ciąża nastąpiła przed upływem 6 lat, licząc od chwili zakażenia, należy przeprowadzić leczenie od 5-go miesiąca ciąży. Noworodek powinien pozostawać w obserwacji, bez leczenia przez 2 lata, jeżeli naturalnie wszelkie badania kontrolne wypadać będą korzystnie. Osobom, które zgłaszają się do leczenia w okresie surowiczo-dodatnim, zmiany pierwotnej lub w okresie wczesnych zmian drugorzędnych, należy zalecić przeprowadzenie leczenia przez okres dwuletni, bez względu na to, czy odczyny serologiczne, które po pierwszem leczeniu stają się ujemne, będą się jako takie nadal utrzymywać. Po dwóch latach leczenia następuje badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i w razie zadowalniających wyników badań nastąpić powinien dwuletni conajmniej dalszy okres obserwacji. Kobieta, lecząca się w podobnych warunkach, powinna pozostawać w 4-ro letniej obserwacji po skończeniu leczenia, a dopiero po 8 latach od chwili zakażenia może zajść w ciążę. Przypadki z utrzymującemi się długo dodatniemi odczynami serologicznemi, przypadki, w których po leczeniu ujemne odczyny serologiczne stały się znów dodatnie, dalej przypadki ze zmianami chorobowemi w płynie mózgowo-rdzeniowym, powinny być odpowiednio dłużej leczone, zanim zezwolimy na zawarcie małżeństwa. Kiła narządów wewnętrznych, zwłaszcza układu krążenia, kiła układu nerwowego, nawet gdybyśmy tylko stwierdzili odosobnione objawy kliniczne, jak np. objaw Argyll-Robertsona, zmiany w wątrobie, stale utrzymujące się dodatnie odczyny serologiczne lub nieprawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy, — stanowią przeszkodę do wydania pozwolenia na zawarcie małżeństwa i takiemu choremu powinniśmy odradzać wstępowanie w związki małżeńskie. Zakażenie kiłowe kobiety grozi zawsze niebezpieczeństwem przeniesienia się zarazka kiłowego na płód, toteż wczesne rozpoznanie kiły u kobiety ciężarnej jest niezmiernie doniosłe. Badania serologiczne, przeprowadzane systematycznie u ciężarnych rodzących i położnic, mogą się przyczynić do wczesnego rozpoznawania zakażenia kiłowego u noworodków. Badaniem serologicznem ciężarnych stwierdzono dodatnie odczyny B.-Wassermanna w r. 1930 w 6,27%, w 1931 w 6,16% a w r. 1932 w 5,17%.

Przebieg ciąży i porodu może mieć również duże znaczenie dla wczesnego rozpoznawania kiły kobiety; u niemowlęcia, w razie braku pewnych objawów kiłowych, odgrywają badania rentgenologiczne kośćca pierwszorzędną rolę. Badania serologiczne, o ile wypadną ujemnie, nie mogą wykluczyć kiły. Doniosłe i nieraz jedynie pewne znaczenie dla zdrowia dziecka ma leczenie przeciwkiłowe matki *(therapia praenatalis)*. Leczenie noworodków po urodzeniu *(therapia postnatalis)* ma również doniosłe znaczenie, wcześnie bowiem podjęte leczenie chorych osesków stwarza lepsze warunki rokowania co do ich przyszłości. Dzieci urodzone pozornie jako zdrowe należy zaraz po urodzeniu leczyć, mimo że nie wykazują one żadnych objawów klinicznych lub serologicznych, a to wówczas, kiedy matka jest chora, kiedy zbyt późno była leczona w czasie ciąży, kiedy leczenie trwało krótko, względnie kiedy się u niej odczyny serologiczne utrzymują stale jako dodatnie. Pielęgnacja i opieka, a przedewszystkiem żywienie mlekiem kobiecem ma bardzo doniosłe znaczenie dla utrzymania chorego dziecka przy życiu. Matka pozornie zdrowa może karmić swe chore dziecko, podobnie jak i matka chora swe pozornie zdrowo urodzone dziecko. Ze względu na konieczność leczenia ciężarnej niemal przez przeciąg trwania całej ciąży i ze względu na niebezpieczeństwo mogące niekiedy zagrażać ciężarnej spowodu samego leczenia, dalej ze względów niepewności dalszych losów dziecka urodzonego z matki chorej, leczonego nawet po urodzeniu, — powinniśmy na życzenie rodziców, względnie chorej matki, uważać kiłowe zakażenie wczesne w najwcześniejszych miesiącach trwania ciąży jako powód do przerwania ciąży.

Współpraca syfilidologa, lekarza chorób dziecięcych i kobiecych ma wielkie znaczenie dla zwalczania kiły wrodzonej i obejmować musi między innemi również serologiczne badanie ciężarnych. Opieka nad ciężarną chorą matką i jej dzieckiem powinna znajdować się nietylko w rękach lekarzy, ale i miarodajnych czynników państwowych i społecznych. Należałoby wprowadzić w życie instytucje poradni przedślubnych i obowiązek przedkładania odpowiednim czynnikom lekarskich pozwoleń na zawarcie związków małżeńskich.

H. Reiss (Kraków).

Kiła surowiczo-oporna. ADAM STRASZYŃSKI. Przegl. Derm. Nr. 4, 1933.

Zagadnienie opornych odczynów serologicznych w kile było głównym tematem obrad zjazdu Francuskiego Towarzystwa Dermatologicznego w Strasbourgu (1932). Niniejszy referat kolegi Straszyńskiego stanowił również główny temat obrad sekcji dermatologicznej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Na wstępie przytacza autor wyniki badań nad istotą odczynów serologicznych w ogólności, z których wynika, że istota odczynów serologicznych dla kiły posiada najprawdopodobniej charakter czysto fizykalno-koloidalny, a t. zw. ciała wiążące dopełniacz, czy reaginy, zawarte w surowicach kiłowych, nie są zapewne niczem innem, jak tylko globulinami o wzmożonej i charakterystycznej chwiejności, które wchodzą, w obecności lipoidów, w odpowiednie związki biologiczno-chemiczne. Za tem, że dodatni odczyn serologiczny pozostaje w związku z samem zakażeniem kiłowem, przemawia przedewszystkiem zachowanie się tego odczynu w rozmaitych okresach kiły oraz zmiana odczynu dodatniego w ujemny pod wpływem leczenia. Autor przytacza skolei rozbieżne zapatrywania rozmaitych autorów odnośnie do oceny uporczywie utrzymujących się odczynów serologicznych w kile leczonej („kiła surowiczo-oporna"). I tak jedni uważają, że nawet po wyleczeniu kiły może niekiedy pozostać stale utrzymujący się dodatni odczyn B.-Wassermanna we krwi, nie posiada on jednak żadnego znaczenia prognostycznego, gdyż jest według nich tylko „błędem kosmetycznym" surowicy, lub „blizną serologiczną" po dawnych objawach kiłowych, a nie jest on wcale wyrazem istnienia jeszcze w ustroju czynnego ogniska zakażenia kiłowego. Inni znów uważają, że uporczywie utrzymujący się dodatni odczyn serologiczny w kile leczonej, nawet wobec absolutnego braku jakichkolwiek uchwytnych zmian kiłowych, należy uważać zawsze za objaw chorobowy, polegający na istnieniu jakiegoś ukrytego czynnego ogniska zmian kiłowych w ustroju, których znanemi sposobami badania wykryć nie jesteśmy w stanie. Za przypadki kiły surowiczo-opornej uważa autor przypadki bez zmian klinicznych, z prawidłowym płynem mózgowo-rdzeniowym, z utrzymującym się dodatnim odczynem B.-Wassermanna z surowicą krwi i jeśli przytem upłynęło od zakażenia conajmniej 4 lata. Miarodajnym jednak dla stwierdzenia oporności surowiczej może być tylko odczyn oryginalny B.-Wassermanna, i to wykonany w odpowiednich pracowniach przez kompetent-

nych specjalistów. Nie mogą natomiast wchodzić w grę odczyny serologiczne dopełniające, ani odczyny hemolityczne z surowicą czynną; odczyny te bowiem, jakkolwiek niezawodnie czułe, nie są wystarczająco swoiste. Być może, że leczenie podjęte za późno, a przeprowadzone niezbyt regularnie, przyczynić się może do utrzymywania się dodatniego odczynu B.-Wassermanna; autor wszelako uważa za główną przyczynę właściwości konstytucjonalne, a wśród nich przynależność do pewnej grupy krwi; na poparcie powyższego przytacza szereg spostrzeganych przez siebie przypadków oraz zapatrywania innych autorów.

Wymienione przypadki kiły surowiczo-opornej dzieli autor na 1) leczone systematycznie i wystarczająco, oraz na 2) nieleczone wcale, względnie leczone nieregularnie, lub w których rozpoczęto leczenie za późno. Trudno orzec, w której grupie przypadków będzie przebieg kiły korzystniejszy, skoro tak w jednej, jak i w drugiej brak jest wszelkich objawów kiły poza dodatnim odczynem B.-Wassermanna. Właściwej ściśle określonej przyczyny surowiczo-oporności kiłowej nie znamy, a ponieważ nie znamy dokładnie dotychczas istoty wywołującej dodatnie odczyny serologiczne, ani nie posiadamy sposobu stwierdzenia, że kiła może pod wpływem naszego leczenia zupełnie wygasnąć, — wypada nam uważać surowiczo-oporność w kile za objaw kiły czynnej. Co się tyczy leczenia przypadków kiły surowiczo-opornej, uważa autor, że wstrzymać się należy od leczenia specyficznego (poprzestając na obserwacji) tych chorych, którzy mimo że przeszli wystarczające i energiczne leczenie, zachowują odczyn B-Wassermanna dodatni, zwłaszcza jeśli wszelkie próby lecznicze nie odniosły w tym względzie żadnego skutku. Natomiast należy próbować leczenia jeszcze u tych, którzy przeszli leczenie niewystarczające lub zbyt późno je rozpoczęli, — a tem bardziej, jeśli zachodzą jakiekolwiek inne objawy kiły. W kile układu nerwowego poleca autor przeprowadzenie leczenia dopełniającego (zimnicą). Odnośnie do leczenia zapobiegawczego należy, zdaniem autora, zaczynać leczenie jaknajwcześniej, w okresie jeszcze surowiczo-ujemnym, i przeprowadzać je systematycznie i przez czas dłuższy.

H. Reiss (Kraków).

Uwagi o toksycznem działaniu neosalwarsanu. ANTE VULETIĆ. Medicinski Pregled. 1933. Nr. 9.

W ciągu zwalczania kiły endemicznej w Bośni wykonał autor zwyż 100.000 wlewań neosalwarsanu. Przedewszystkiem stwierdza, że obawy przed szybką oksydacją neosalwarsanu są przesadzone, gdyż przygotowywał on zwykle roztwór dla 30 pacjentów naraz (15—20 minut) i nie zauważył zwiększania się przez to działania trującego. Wśród tej masy pacjentów miał: 1 przyp. *purpura cerebri*, 1 przyp. przejściowej, obustronnej, całkowitej amaurozy, 1 przyp. dychawicy oskrzelowej, 1 przyp. zakrzepu żyły łokciowej środkowej, kilkadziesiąt przypadków żółtaczki, i 15 przypadków zapalenia skóry posalwarsanowego. Zwraca uwagę, że nacieki okołożylne uczulają chorego na arsenobenzol, dlatego pilnie należy baczyć na technikę.

R. L. (Lwów).

O niektórych własnościach surowicy gonokokowej i sposobach jej przygotowania. FINKELSZTEJN, WEJNBERG, PAK, SMORODINEEWA SZAUROWA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22, 1933.

Do leczenia surowicą gonokokową nadają się powikłania rzeżączki, szczególnie przypadki przebiegające z wysoką ciepłotą i silnemi bólami, zapalenia jąder, przydatków, stawów a także zapalenia wsierdzia. Na ostrą rzeżączkę i na same gonokoki surowica nie wywiera działania. Surowicę pobierano z konia, któremu w ciągu 2-ch lat zrobiono 34 injekcyj żywej hodowli gonokoków, co wynosi około 4-ch litrów czystej zawiesiny bakteryjnej.

Surowica gonokokowa dotychczas rzadko była stosowana ze względu na jej własności anafilaktyczne. Autorzy starali się usunąć tę właściwość surowicy przy pomocy zadziałania jednoczasowego na surowicę temperaturą i chloroformem, aby w ten sposób usunąć część lipoidów i adsorbować częściowo białko, osłabiając w ten sposób własności anafilaktyczne surowicy.

Na podstawie 52 obserwacyj stwierdzono, że surowica łatwo się wchłania, prawie nigdy nie dając odczynu miejscowego, nie wywołuje choroby posurowiczej; jest bardzo aktywna w małych dawkach (2—4 cm^3), szczególnie przy powikłaniach rzeżączkowych; badania laboratoryjne i obserwacje kliniczne wykazują, że surowica otrzymana przez autorów różni się od surowicy otrzymanej dawnemi sposobami immunizacji i przygotowania.

M. Segal (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 31 stycznia 1934 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Płk. Dr. Adam Huszcza, Kierownik Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich w Warszawie wygłosił wykład p. t.: *„Aktualne zagadnienia medycyny lotniczej"*.

Referent naszkicował pokrótce obraz powstania i rozwoju tej nowej gałęzi medycyny, która nosi dziś miano medycyny lotniczej, służy bowiem wyłącznie potrzebom lotnictwa. Potrzeby te polegają głównie na trzech zadaniach: selekcji, kontroli i konserwacji lekarskiej personalu latającego aeronautyki. Metody wykonywania tych zadań są bardzo złożone i wymagają ze strony lekarza lotniczego specjalnego przygotowania oraz dużego doświadczenia, opartego na obserwacjach i badaniach naukowych. Badania takie są prowadzone w licznych ośrodkach oraz instytutach lotniczo-lekarskich, istniejących w Europie i Ameryce. Dążą one do poznania i dokładnego zbadania wszystkich odczynów ustroju na szkodliwe wpływy różnych warunków lotu, jak: zmiany ciśnienia, ciepłoty powietrza, przyśpieszenia, napięcia nerwowego i psychicznego. Referent podkreślił najbardziej aktualne obecnie z tych zagadnień, około których musi obracać się myśl badawcza lekarza lotniczego, co znajduje swój wyraz w licznych pracach naukowych, drukowanych zarówno w pismach ogólno-lekarskich, jak też w prasie poświęconej specjalnie medycynie lotniczej. Na terenie Europy pierwszem pismem tego rodzaju był „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej", który istnieje od r. 1932 i jest wydawany przez Komitet Propagandy Medycyny Lotn. w Polsce pod redakcją prelegenta. Wkońcu mówca kładzie duży nacisk na konieczność nawiązania i utrzymania ścisłego kontaktu przy prowadzeniu prac badawczych w tej nowej dziedzinie nauk lekarskich z pracowniami i zakładami uniwersyteckiemi, by utrzymać charakter tych prac na wysokim poziomie naukowym. (Streszczenie prelegenta).

W dyskusji: Doc. Miodoński zwraca uwagę na rolę narządu równowagi w uchu środkowem w czasie wykonywania ewolucyj, a zwłaszcza akrobatyki lotniczej przez pilotów.

Doc. Kaulbersz podnosi, że badania w komorze o zmniejszonem ciśnieniu nie dają obrazu równoznacznego z warunkami w czasie lotu i dlatego zwraca uwagę na ważność założenia stacji wysokogórskiej w Tatrach, gdzieby można w warunkach bardziej zbliżonych do lotu na wysokości przeprowadzać badania.

Kol. Piotrowski zapytuje prelegenta o wykres Schneidera.

W odpowiedzi płk. Huszcza wyjaśnia kol. Piotrowskiemu zasady wykresu Schneidera, poczem zaznacza, że chociaż Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich nie rozporządza odpowiedniemi funduszami do założenia stacji wysokogórskiej, to jednak organizuje kilkutygodniową wyprawę wysokogórską celem przeprowadzenia badań.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół z posiedzenia naukowego odbytego dnia 9 lutego 1934 roku.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. St. Adam-Falkiewiczowa, czł. Twa, omawia *surowicze zapalenie opon mózgowych* nawiązując do przypadków obserwowanych w Klinice neurologicznej U. J. K., z których dwa ostatnie przytacza dokładniej. Surowicze zapalenie opon mózgowych należy uważać za oddzielną jednostkę chorobową ze względu na charakterystyczne cechy właściwe dla tego cierpienia i ze względu na to, że przypadki te występują ostatnio coraz częściej. Po krótkiem omówieniu danych z piśmiennictwa, dotyczących występowania tego cierpienia w małych epidemjach w różnych krajach Europy, prelegentka omawia szerzej przebieg i objawy kliniczne. Surowicze zapalenie opon mózgowych cechuje się początkiem ostrym z gorączką, bólami głowy, nudnościami, do czego dołączają się czasem bóle stawowe i objawy z przewodu pokarmowego. Przedmiotowo stwierdza się sztywność karku mniej lub więcej wybitną, dodatni objaw Kerniga i zazwyczaj brak porażeń, brak cięższych objawów ze strony nerwów mózgowych. Zazwyczaj uderza dobry stan ogólny chorych, dobry wygląd, dobry stan odżywienia i względnie dobre samopoczucie. Najistotniejsze zmiany przedstawia płyn mózgowo-rdzeniowy, w którym znajduje się pleocytozę mononuklearną,

czasem w początkowych okresach bywa i leokocytoza, która w miarę przebiegu ustępuje miejsca limfocytozie. Ciśnienie płynu jest podwyższone. Próby białkowe wypadają dodatnio, skrzepów naogół nie stwierdza się. Krzywa złotowa nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych, często bywa zupełnie ujemna. Poziom cukru bywa rozmaity (brak własnych badań). Badaniem bakterjologicznem nie udało się wykazać żadnych drobnoustrojów w płynie. Rokowanie jest pomyślne, w większości przypadków po kilkunastu dniach do kilku tygodni objawy wszelkie ustępują, wyjątkowo tylko u dzieci pozostać może wodogłowie.

W dalszym ciągu omawia prelegentka rozpoznanie różniczkowe, które nastręczać może niesłychanie duże trudności, jeśli chodzi o odróżnienie od gruźliczego zapalenia opon. Momentami, które ułatwiają rozpoznanie zapalenia surowiczego, nigdy jednakże nie mogą być pewnikami, jest dobry stan ogólny chorej i brak wyraźniejszych objawów ze strony nerwów mózgowych. W płynie brak skrzepika, ujemny często goldsol i czasem mało dodatnie próby białkowe przemawiają również za zapaleniem surowiczem. Oczywiście, że trudności rozpoznawcze będą nie do przezwyciężenia w atypowym przebiegu zapalenia gruźliczego czy w cięższej postaci zapalenia surowiczego.

Etjologja zapalenia surowiczego jest nieznana, za tłem zakaźnem przemawia zarówno gorączkowy początek i przebieg jak i często epidemiczne występowanie. Do omawianego zapalenia surowiczego opon nie należą te przypadki, które stoją w związku z innemi chorobami zakaźnemi jak z anginą, płonicą, zapaleniem przyusznic, durem i t. d.

Poza omówionemi przypadkami typowemi spotkać można przypadki poronne, gdzie przy silnych bólach głowy, opornych na wszelkie leczenie, nie stwierdza się wyraźniejszych objawów oponowych przy badaniu przedmiotowem a wyjaśnienie daje dopiero badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Leczenie polega na częstem upuszczaniu płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dyskusji: Kol. Chwalibogowski A., podnosi w rozpoznaniu różniczkowem między *meningitis serosa* a *meningitis tbc.* znaczenie skrzepiku pajęczynowego, który stwierdza się wyłącznie tylko w *meningitis tbc.*

Kol. Rencki uważa, że surowicze zapalenie opon mózgowych nie może być uważane za oddzielną jednostkę chorobową, gdyż przypadki o tym przebiegu pomyślnym spotyka się często w przebiegu grypy, duru czy innych chorób zakaźnych.

2. Kol. Sosin przedstawia i omawia preparaty przypadków sekcyjnych:

1) *Ciała obcego w żołądku.*

Przypadek dotyczy stolarza lat 23, który w celu samobójczym połknął dwa długie kawałki 2 mm grubego, pozginanego drutu. Jeden z drutów, krótszy, przebiwszy wpustową część żołądka, oraz przeponę, dostał się do klatki piersiowej i utkwił w płucu. Drut ten stwierdzony w badaniu rentgenologicznem, został następnie operacyjnie usunięty, drogą torakotomji i pneumotomji. Rany dobrze się pozrastały. Natomiast drugi kawałek drutu, długości około 14 cm, dostawszy się do części zstępującej dwunastnicy, utkwił w niej i spowodował powstanie licznych owrzodzeń odleżynowych, a wreszcie przebicia jelita. Owrzodzenia te były przyczyną ropienia okołożołądkowego, które następnie przeszło na otoczenie wątroby i przez sąsiedztwo na przeponę, a z niej do jamy opłucnowej prawej. Przebicie w dwunastnicy spowodowało ogólne ropne zapalenie otrzewnej, które było przyczyną śmierci.

W dyskusji: Kol. Nowicki zwraca uwagę, że nawet wielkie i ostre ciała obce mogą długi czas przebywać w narządach lub w jamach ciała prawie bezobjawowo. Przypomina przypadek młodej dziewczyny, u której sekcyjnie stwierdzono w miednicy kościane szydełko długości koło 20 cm, które jednym końcem tkwiło w jelicie biodrowem, drugim zaś wśród zrostów w jamie brzusznej. Obrośnięcie staremi zrostami świadczyło o dłuższym pobycie szydełka w jamie brzusznej. Dokładne badanie wykazało zaledwie dostrzegalną bliznę w sklepieniu pochwy, przez które szydełko dostało się do jamy brzusznej. Chora zmarła na zapalenie otrzewnej, dla którego nie można było wykazać punktu wyjścia.

Kol. Ostrowski T. podkreśla, że połknięcia ciał obcych zdarzają się najczęściej u umysłowo chorych; w przypadku powyższym chodziło również o chorego z niedorozwojem umysłowym. Chorego przyjęto na oddział chirurgiczny z objawami ropnia płuc; drut usunięto z ropnia przez pneumotomję. Nie stwierdzono natomiast żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, wymagających interwencji chirurgicznej, dopiero po kilku tygodniach wystąpiły nagle objawy zapalenia otrzewnej z gwałtownym przebiegiem i zejściem śmiertelnem bez operacji.

2) *Płuca w przypadku zachłyśnięcia się pudrem u dziecka 12-miesięcznego.*

Na sekcji stwierdzono silne powiększenie i porozdymanie płuc. Na wybitnie bladej, zewnętrznej powierzchni płuc widoczne były liczne pozapadane, ciemno-sinawo-czerwone ogniska, rozrzucone we wszystkich płatach, a przedewszystkiem w płatach dolnych. Są to ogniska niedodmy zatykowej *(atelectasis e obturatione).* Na przekroju ograniczały się one ściśle do pola zaopatrywanego przez dane oskrzele. W niektórych oskrzelach już gołem okiem były widoczne zbite, białawe masy, zamykające częściowo, lub całkowicie ich światło. Naogół całe płuca przypominały rozsiane bezpowietrzne ogniska, spotykane w błonicy, jako następstwo zamknięcia światła oskrzeli przez odrywające się błony włóknikowe. Badaniem mikroskopowem stwierdzono w oskrzelach bezpostaciowe, szafirowe masy, wśród których miejscami widoczne były bezbarwne graniastosłupowe kryształy, niewątpliwie nieorganicznych składników pudru. Wśród tych bezpostaciowych mas, w błonie śluzowej, a nawet w samych ścianach oskrzeli znajdowały się liczne leukocyty wielojądrzaste. Światła oskrzeli miejscami były zupełnie zamknięte, miejscami zaś tylko częściowo. W następstwie zupełnego zamknięcia światła powstawały ogniska niedodmy zatykowej, a w miejscach niezupełnego zamknięcia, skutkiem utrudnienia wydechu, rozedma. Przyczyną śmierci dziecka było uduszenie. Ciała obce w drogach oddechowych tego rodzaju, jak puder, należą do wielkich rzadkości.

W dyskusji: Kol. Opieński zapytuje prelegenta, czy stwierdzono sekcyjnie zmiany w żołądku; pozatem omawia skład chemiczny pudru.

Kol. Chwalibogowski podaje, że dziecko znajdowało się w obserwacji w Klinice dziecięcej. Przywieziono je z prowincji z następującym wywiadem: Dnia poprzedniego o godz. 15 popoł. po kąpieli podała matka dziecku celem zabawienia pudełko z pudrem. W parę chwil potem, przygotowując opodal sukienkę, usłyszała gwałtowny kaszel. Przybiegłszy do dziecka, stwierdziła, że górna część klatki piersiowej, szyja oraz okolica ust dziecka pokryte były grubą warstwą pudru, obok leżało nadgryzione pudełko, samo dziecko zaś blade i sine kaszlało gwałtownie, a z ust jego wydobywał się obficie biały pył (puder). Wezwany lekarz zastosował środki nasercowe i przepisał środek wykrztuśny. Kaszel po ½ godzinie uspokoił się zupełnie, pozatem stan dziecka nie uległ jednak żadnej poprawie, przeciwnie pogarszał się z godziny na godzinę. Wzywany kilkakrotnie w ciągu nocy lekarz stwierdzał za każdym razem coraz większą duszność i sinicę. Nazajutrz rano skierował dziecko do Kliniki, gdzie w chwili przyjęcia obok objawów opisanych stwierdzono badaniem fizykalnem drobne rzężenia dźwięczne nad dolnemi i wilgotne nad środkowemi polami płucnemi oraz wypuk wybitnie jawny z odcieniem bębenkowym nad górnemi i środkowemi, skrócenie zaś wypuku nad dolnemi płatami płucnemi. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało w obrębie wnęk płucnych kilka intensywnych cieni kulistych wielkości soczewicy do grochu, liczniejszych po stronie lewej, przypominających obraz gruźliczego powiększenia gruczołów wnękowych, a pozatem wybitną powietrzność górnych partyj płucnych, zmniejszoną dolnych, w środkowych zaś obok plam jasnych stwierdzało się plamkowate i pasmowate zacienienia. Badanie krwi wykazało nieznaczną leukocytozę (11 tys.) z przesunięciem na lewo i aneozynofilję. Mocz bez składników patologicznych. Odczyn tuberkulinowy (Mantoux 1:100) ujemny. Pomimo energicznego leczenia (środki nasercowe, wykrztuśne, noszenie dziecka, kąpiele i t. d.) stan dziecka ulegał stałemu stopniowemu pogorszeniu, a nazajutrz rano, t. j. w około 40 godzin od chwili aspirowania pudru nastąpiło zejście śmiertelne. W dalszym ciągu swego przemówienia kol. Chwalibogowski podnosi osobliwość wetchnięcia ciała obcego oraz okoliczności, wśród których dostało się ono do dróg oddechowych. Omawia przypuszczalny skład chemiczny aspirowanego pudru i znaczenie patogeniczne jego składników (mąka) oraz mechanizm powstawania poszczególnych zmian anatomo-patologicznych (zmiany zapalne, niedodma i rozedma).

Kol. Moraczewski zaznacza, że zachłyśnięcie pudrem nietylko przez zawartość krochmalu mogło być powodem uduszenia, ale przez zawartość wszelkich drobnych pyłków jak łojek, *bolus alba* i t. p., które nie chemicznie tylko fizycznie przez przyleganie do powierzchni oddechowej (adsorbcje) mogły wywołać poważne zmniejszenie powierzchni oddechowej i utrudniać wymianę gazów.

Kol. Nowicki wyjaśnia, że masy stwierdzone w płucach dziecka, które zachłysnęło się pudrem, przedstawiają obraz masy klejowej z mąki.

3) *Mnogie włókniako-mięśniaki płuc.*

U kobiety lat 42, u której przed 10 laty usunięto operacyjnie macicę spowodu najprawdopodobniej włókniaków, z pozostawie-

niem części pochwowej i jajników, stwierdzono sekcyjnie w bardzo powiększonych i ciężkich płucach liczne guzki nowotworowe. Na powierzchni zewnętrznej płuc stwierdza się liczne różowawe, twarde guzki, dochodzące do wielkości orzecha laskowego, które w bardzo wielu miejscach tworzyły rodzaj uszypułowanych wisiorków, powstałych w następstwie wyciągnięcia opłucnej. Na przekroju płuca stwierdzono bardzo liczne, ostre odgraniczone guzki, oddzielone od siebie pasmami, jeszcze miejscami powietrznego miąższu. Ilość guzków była tak duża, że przekrój swym wyglądem przypominał mozaikę. Wielkość guzków wahała się między wielkością grochu, a orzecha włoskiego. Były one wszędzie twarde, na przekroju miały budowę włóknistą. Badanie histologiczne guzków, przeprowadzone z wielu miejsc, wykazało utkanie typowego, dojrzałego włókniako-mięśniaka, miejscami ulegającego zmianom szklistym. Jakie było utkanie guza macicy wyciętej przed 10 laty we Wiedniu, niewiadomo. Typowe utkanie dojrzałego włókniako-mięśniaka, zupełnie bez charakteru mięsakowacenia *(m. sarcomatosum)*, nasuwało myśl, czy nie jest to przypadek tak zwanego pierwotnego mnogiego włókniako-mięśniaka płuc. W przypadku powyższym stoimy naprawdę wobec zagadki rozpoznawczej, ponieważ trudno jest się zdecydować, czy mamy do czynienia z przerzutami, czy też z pierwotnemi wielokrotnemi włókniako-mięśniakami płuc.

W dyskusji: Kol. Nowicki podkreśla z naciskiem, że utkanie guzów w przypadku powyższym ma histologicznie typowo dobrotliwy dojrzały charakter, bez najmniejszych cech mięsakowacenia. Zarówno to utkanie dobrotliwe, jak okres dziesięciu lat od wycięcia macicy w pierwszej chwili mógł nasuwać myśl istnienia t. zw. pierwotnego mnogiego mięśniaka płuc, sprawy niezmiernie rzadkiej. Mimo to guzy należy uważać za przerzutowe, a tak późne ich rozwinięcie się za wyraz utajenia długoletniego, o którem mogą świadczyć przykłady z piśmiennictwa. Dla histologa doświadczonego jest pewną niespodzianką typowe utkanie guzów.

Kol. Rencki uważa przedstawiony przypadek wielokrotnych włókniako-mięśniaków płuc za sprawę przerzutową ze względu na wywiady chorej, w których zapodała zabieg operacyjny przed 10 laty spowodu włókniako-mięśniaków macicy, dalej na podstawie obrazu klinicznego i rentgenologicznego. Objawy płucne wystąpiły przed rokiem, ostatnio nastąpiło znaczne pogorszenie, chora zmarła wśród sinicy i duszności. Przypomina podobny przypadek demonstrowany z kliniki wewn. w roku 1926, w którym jednak utkanie przerzutów wykazywało zwyrodnienie mięsakowe. (Pokaz rentgenogramów).

Kol. Sołowij jest zdania, że ze względu na wywiady chorej, w przypadku powyższym chodzi najprawdopodobniej o przerzuty nowotworowe w płucach; możnaby powątpiewać, czy włókniaki dobrotliwe dają przerzuty, a przypuścić, że guz wyciętej macicy był charakteru złośliwego.

3. Kol. Hornung, człon. T-wa, przedstawia i omawia przypadek *gruźlicy płuc u chorej po operacji Jacobaeusa.* W październiku 1933 r. chora przyjęta została na klinikę wewnętrzną. Wtedy stwierdzono obecność prątków Kocha w plwocinie. Badanie rentgenowskie wykazywało jamę wielkości pomarańczy z poziomem płynu.

Wobec oczywistej sprawy gruźliczej jamistej, uważano za rzecz konieczną uciśnięcie jamy. W pierwszym rzędzie należało spróbować odnowić odmę prawostronną, zaniechaną przed rokiem. Należało się jednak liczyć z tem, że będzie to rzeczą niemożliwą i że mogło nastąpić już zupełne sklejenie się blaszek opłucnej, jak to miał zresztą stwierdzić już poprzednio lekarz prowincjonalny.

12 października 1933 r. przecież udało się wprowadzić 600 cm^3 powietrza do prawej jamy opłucnowej. Odmę dopełniano następnie w zwykłych odstępach czasu. Okazało się jednak, że uciśnięcie jamy jest niemożliwe spowodu zrostu, który napinał ściany tej jamy nie pozwalając na jej zapadnięcie. Zrost był, sądząc po obrazie rentgenologicznym, dość gruby tak, że nie należało się liczyć z ewentualnością samoistnego zerwania. Dlatego też zdecydowano się na torakoskopję i następową torakokaustykę.

14 listopada 1933 r. wykonano torakoskopję, stwierdzono przytem, że zrost jest tylko nieznacznie unaczyniony w części torakalnej i że kilkoma krótkiemi przyczepami łączy się z opłucną ścienną. Przy pierwszym zabiegu udało się przepalić tylko drobne przyczepy. Zabieg przerwano, gdyż przeciągał się zbyt długo. Chora zniosła go zupełnie dobrze. Ciepłota w dwóch następnych dniach po operacji nie przekraczała 37,5°, a następnie wróciła do normy. W późniejszym okresie występowały skoki ciepłoty ciała do 38°.

W dniu 23 stycznia 1934 przystąpiono po raz drugi do torakoskopji i kaustyki i wtedy udało się już przeciąć zrost zupełnie. Krwawienia wewnątrz-opłucnowego po przecięciu nie zauważono w torakoskopji. (Pokaz rentgenogramów).

Przebieg następny był gładki. Chora gorączkowała przez dwa dni do 38,5°, potem ciepłota opadła. Odmy podskórnej nie było. Również nie wystąpił wysięk, a mija już dwa tygodnie od zabiegu. Przysłuchowo nie stwierdza się po zabiegu przecięcia zrostu już amforycznych szmerów oddechowych i rzężeń, jak poprzednio w okresie dopełniań odmy piersiowej.

Odmę dopełnia się obecnie w dalszym ciągu, referent ma nadzieję, że jamę uda się doprowadzić do zasklepienia.

Przypadek ten H. przedstawił dlatego, by podkreślić stosunkową łagodność samego zabiegu i wskazać na korzyści, jakie dać może. Oczywiście nie każdy zrost można przepalić. Niekiedy stwierdza się przy torakoskopji obecność grubych nawet naczyń krwionośnych w zroście, które uniemożliwiają zabieg. W przypadkach odpowiednich metoda Jacobaeusa jest zdaniem referenta bardzo pomocną w skutecznem przeprowadzeniu leczenia zapadowego gruźlicy płuc.

4. Kol. Szumski Jan, gość, streszcza w krótkości *projekty reorganizacji lecznictwa w ubezpieczeniu chorobowem.*

Prelegent omawia ogólnie nową ustawę scaleniową z marca 1933 r., która od 1. I. 1934 weszła w życie uwypuklając różnice świadczeń chorobowych udzielanych przez obecne ubezpieczenie w stosunku do dawnych kas chorych, działających na podstawie Ustawy z maja 1920 r. Następnie podaje treść ostatnich rozporządzeń Min. Op. Społ. w sprawie dopłat za porady lekarskie, zabiegi i leki, o sposobie wydawania leków przez ubezpieczalnie społeczne poza aptekami i o wzajemnych stosunkach i współpracy Szpitali publicznych i Ubezpieczalni Społ. oraz Zakł. Ubezp. na wypadek choroby. Wkońcu reasumuje treść i myśl przewodnią wszystkich projektów organizacji lecznictwa, stwierdzając, że wszystkie prócz zasadniczych nieraz rozbieżności mają punkty łączne, a do nich należą w pierwszym rzędzie: zwrócenie większej uwagi na akcję profilaktyki, dążyć możliwie w dostępie do lekarzy do usunięcia pośrednictwa biur administracyjnych, oprzeć w wyższym stopniu lecznictwo o szpitale, w miarę możności własne, szkolić i przygotowywać personal lekarski uwzględniając nowe kierunki i postulaty medycyny społecznej. Wszelkie projekty reorganizacji muszą się liczyć z szeregiem faktów realnych i nawiązywać do obecnie istniejącego stanu a w szczególności brać pod uwagę i obecny stan finansów, materjał ludzki, istniejące warunki lokalowe i stan budynków, warunki komunikacyjne, aglomeracje ludności i warunki szpitalne. (P. G. L. Nr. 6. 1934).

W dyskusji: Kol. Czyżewski, w sprawie oparcia lecznictwa w Ubezpieczalniach na ambulatorjach specjalistycznych według projektu kol. Szumskiego twierdzi, że podstawa ta jest niesłuszna, gdyż: 1) Medycyna szła w kierunku coraz szerszej specjalizacji doniedawna, obecnie zaś mnożą się poważne głosy nawołujące do „scalenia medycyny" w nauczaniu uniwersyteckiem *(medecin de base)* i w życiu (ankieta Sekcji Higjeny Ligi Narodów — Hippokrates). 2) Specjalizacja w dotychczasowych Kasach Chorych poszła dalej niż w życiu i wytworzył się rodzaj „paska specjalistycznego", w którym chory odrzucany z jednych rąk do drugich, odnosił zwłaszcza w trudniejszych pogranicznych przypadkach słuszne wrażenie, że wszędzie chcą go się pozbyć. 3) Ubezpieczalnie, które walnie przyczyniły się do zanikania starego typu lekarza omnibusa, same odczuwają potrzebę fundamentów dla swej nadbudowy specjalistycznej, stąd pochodzą pomysły lekarza rejonowego, domowego, rodzinnego, patrona i t. p. Potrzeba nowego omnibusa o gruntownem wykształceniu podstawowem łącznie z t. zw. medycyną społeczną. Koniecznym postulatem reorganizacji lecznictwa w Ubezpieczalniach jest oparcie go o lekarza ogólnego. Dotychczas istniejący typ lekarza rejonowego w Kasach Chorych Małopolskich (Lwów, Kraków) winien być zbliżony do typu lekarza domowego w zrozumieniu okólnika b. min. Prystora, jeżeli organizacji w sensie okólnika nie da się przeprowadzić ze względów gospodarczych, należy pozostawić lekarzy rejonowych w dotychczasowych ambulatorjach, przestać uważać ich za ciasnych specjalistów interny, którymi w wielkiej części nie są i w ręce ich oddać całą opiekę nad chorym, którą będą wykonywali przy pomocy specjalistów i zakładów badawczych i leczniczych. Chory zyska lekarza, który nigdy nie będzie się go pozbywał, Ubezpieczalnia zaś podstawę swego systemu lecznictwa, a w przyszłości akcji zapobiegawczej.

Kol. Zalewski T. zaznacza, że podział na specjalności jest wynikiem rozwoju nauki; zdaniem Z. winno leczenie w ubezpieczalniach spoczywać w rękach specjalistów; jest przeciwny wszelkim dodatkowym opłatom, a zwraca uwagę na dodatnie strony leczenia ambulatoryjnego i gabinetowego: najlepszym byłby system mieszany.

Kol. Salpeter zaznacza, że głównym błędem konstruktywnym Kas Chorych jest rażąca dysproporcja między ich kosztem a korzyścią dla społeczeństwa w kierunku medycyny społecznej.

Wysiłki Kas Chorych w pracy profilaktycznej i społecznej były minimalne, rozprószone, nieuregulowane. Nowa ustawa w art. 24. daje możność pracy profilaktycznej, jeżeli jednak ta praca ma dać wyniki dla społeczeństwa, musi się odbywać jednolicie, planowo, na podstawie programu, odpowiednio i wczas przygotowanego, a więc nie przygodnie, dorywczo i okolicznościowo.

Kol. Franke M. stwierdza, że sprawę reorganizacji lecznictwa kasowego należy rozpatrzyć nietylko pod kątem dobra chorego i instytucji ubezpieczeniowej, lecz także i dobra lekarza, który zapewnił byt ubezpieczeniom chorobowym, sam straciwszy materjalnie bardzo dużo. Z tych trzech względów oceniając omawiane projekty reorganizacji uważa jako konieczne: 1) usunięcie czynnika administracyjnego w pośrednictwie między chorym kasowym a lekarzem; 2) drogą powolnej, a rozumnej ewolucji wprowadzenie w leczeniu kasowem wolnego wyboru lekarza z ograniczeniem leczenia systemem ambulatoryjnym i przejściem do leczenia gabinetowego; 3) oparcie przeważnej części leczenia kasowego na lekarzach t. zw. ogólnych z szerokiem rozwinięciem pracy „lekarzy domowych", dla których lekarze specjaliści jako konsyljarjusze powinni stanowić uzupełnienie pracy. Leczenie t. zw. specjalistyczne powinno być ograniczone do leczenia szpitalnego tak ambulatoryjnego jak i stałego; 4) odłączenie orzecznictwa kasowego od lecznictwa. Ze względu na wypłacalność kas chorych uważa za wskazane 1) zmniejszenie personalu administracyjnego kas z równoczesnem zmniejszeniem biurokratyzmu kasowego; 2) ograniczenie kosztownego leczenia fizykalnego chorych kasowych do poziomu rzeczywiście potrzebnego. Ze stanowiska ogólnego powątpiewa, czy prawdziwą korzyść dla leczenia kasowego przyniesie nowa ustawa scaleniowa, podnosząc równocześnie, czy właśnie nie byłaby lepszą decentralizacja tegoż lecznictwa. Wspominając o zadaniach sfer lekarskich dążących do ograniczenia ubezpieczeń chorobowych do jednostek tylko finansowo słabych z wykluczeniem osobników finansowo silnych, podkreśla jeszcze raz, że organizacja ubezpieczeń chorobowych musi się liczyć z dobrem materjalnem i psychiką lekarzy, którzy stanowią podstawę dla całego lecznictwa kasowego, a wobec których kasa musi być tak samo wypłacalną jak wobec personalu administracyjnego, czego się dotąd nie widzi.

Kol. Węgrzynowski zaznacza, że przy pracach nad ustawą scaleniową nie zasięgnięto zupełnie opinji świata lekarskiego.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne. Sekcja Lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 27 stycznia 1934.

Przedstawiono następujące przypadki:

1. Dr. Danielewicz: a) *Osteoma sinus frontalis* u chorej lat 23. Objawy: wydęcie łuku oczodołowego, wytrzeszcz gałki i upośledzenie wzroku od 2 lat. Kostniak, wielkości mandarynki, usunięto w narkozie eterowej. Kostniak wypełniał szczelnie lewą zatokę czołową, górną część oczodołu i był bardzo mocno zrośnięty z oponą twardą. Przebieg pooperacyjny bez komplikacyj.

b) *Fibro-myxo-sarcoma cavi nasi* u chorego lat 16, usunięto drogą operacyjną zewnętrznie. Cięcie poprowadzono jak przy operacji Moure'a, przedłużono przez wargę górną i uzupełniono cięciem poprzecznem śluzówki, używanem przy operacji Caldwell-Luc'a. Po oddłótowaniu blaszki kostnej ograniczającej *sinus piriformis narium* wyłuszczono guz w całości. Przebieg pooperacyjny dobry.

c) *Sarcoma myxomatodes* u chorego lat 54, w niszy migdałkowej po stronie prawej znaleziono guz, wielkości mandarynki, który wyłuszczono drogą *pharyngotomia lateralis*. Po operacji przetoka utrzymywała się przez 4 tygodnie. Chorego karmiono do zamknięcia się przetoki sondą, 6 tygodni po operacji nastąpiło zupełne wygojenie.

W dyskusji zabierali głos: Doc. Dr. Dobrzański, płk. Dr. Skrowaczewski, wypowiadając się przeciwko operowaniu *sarcoma*, które dobrze się leczy promieniami Roentgena.

2. Dr. Wolner przedstawił chorego po laryngektomii. Mężczyzna lat 47. Nowotwór obejmował prawą stronę krtani. Dotychczasowe doświadczenia w podobnych przypadkach czyto z naświetlaniem promieniami Roentgena czy radem, czy też z zabiegiem, polegającym na usunięciu samego nowotworu po rozszczepie krtani — skłoniły do postępowania radykalnego. Operację wykonano metodą Glucka. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, rana goiła się *per secundam* dość długo (około 2 miesięcy). Stan obecny dobry, chory rozmawia szeptem przełykowym dość wyraźnie.

W dyskusji zabierali głos: doc. Dobrzański, oraz dr. Mościskerówna w sprawie mowy u chorych po laryngektomji.

3. Dr. Jankowski przedstawił przypadek *twardzieli krtani* o bardzo znacznem zwężeniu jej światła, przy równoczesnej dużej strumie, uniemożliwiającej ewentualną tracheotomję, wobec czego wykonano najpierw typową strumektomję, a dopiero po zagojeniu się rany wykonano tracheotomję, i przystąpiono do leczenia twardzieli. Obecnie leczenie częściowo ukończono, chorą wypisano z poleceniem zgłoszenia się za 6 tygodni do dalszego leczenia.

Sekretarz: *Dr. Tadeusz Ceypek.*

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej
Nr. Zl. 1/50/1.

Warszawa, dnia 25 lutego 1934.

Okólnik.

W sprawie podręcznych bibljotek lekarskich.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Biuro propagandy Medycyny Polskiej przy Naczelnej Izbie Lekarskiej zwróciło się do Ministerstwa Opieki Społecznej pismem z dnia 19 grudnia 1933 r., w którem podkreśla stałe zmniejszanie się w kraju ruchu wydawniczego z dziedziny czasopism i dzieł lekarskich i uważa, że podnieść ruch wydawniczy i czytelnictwo może jedynie należyta organizacja bibljotek lekarskich w szpitalach.

W związku z powyższem Ministerstwo Opieki Społecznej zaznacza, iż już w roku 1929 Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, stwierdziwszy na podstawie materjałów z licznych inspekcyj szpitali, że nie wszystkie szpitale są dostatecznie zaopatrzone w polskie czasopisma lekarskie, zaleciło okólnikiem Nr. 229 organizację podręcznych bibljotek szpitalnych i na ten cel uważało za konieczne przeznaczać 0,25—0,5% ogólnej sumy wydatków budżetowych.

Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Pana Wojewodę zarówno ze względu na utrwalenie bytu i rozwoju polskich czasopism lekarskich, jak również ze względu na utrzymanie wysokiego poziomu lecznictwa szpitalnego, o wywieranie nadal swego wpływu na realizowanie zaleceń wspomnianego wyżej okólnika.

Dyrektor Departamentu: *Dr. J. Adamski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Leszek Rajchman, dyrektor Biura Higieny Ligi Narodów, b. dyrektor Państw. Zakładu Higieny w Warszawie, wyjechał do Chin, celem przeprowadzenia organizacji tamtejszej służby zdrowia.

Zmarli.

W Bydgoszczy zmarł dr. Biziel Jan w 75 roku życia.

Dnia 24 lutego zmarł w Warszawie dr. Biehler Ryszard, odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi za pracę na polu opieki społecznej, przeżywszy 83 lata.

Dnia 1 marca zmarł w Warszawie dr. Kazimierz Jaczewski. Dr. Jaczewski praktykował w Lublinie przez 47 lat, ostatnio był dyrektorem Szpitala św. Józefa; założył Tow. Dermatologiczne w Lublinie. Pracował również społecznie i przez szereg lat sprawował urząd sekretarza Bibljoteki im. Łopacińskiego. Żył 71 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

VI posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 9 marca b. r. Goldschlag: Praecancerosis. Musiał A.: Rzadki przypadek wytrzeszczu gałki ocznej. Sowiakowski J.: Złamania kręgosłupa z późnemi zaburzeniami czynnościowemi. Grabowska M.: Ciała obce w dwunastnicy. Szymonowicz J.: Embolectomia. Bäum: O przetokach płucno-opłucnowych.

Tow. Lek. Łódzkie. I. Posiedzenie 7 marca b. r. J. Kon: Przypadek choroby Herter-Heubnera (infantilismus intestinalis). A. Banasz: Pokaz pyelogramów wodonerczy. — II. Posiedzenie 21 marca. W. Tomaszewicz: Przyczynek do chirurgji choroby Basedowa. S. Minc: Rozpoznawcze znaczenie pewnych objawów klinicznych. — III. Posiedzenie 28 marca. L. Szyfman: Przypadek coma cerebrale u chorej na cukrzycę. H. Kryszek i J. Barciński: Z kliniki i terapji policytemji.

Sprawy zawodowe.

Powszechny Zjazd Izb Lekarskich zwołany 11. II. b. r. przez Nacz. I. L. w sprawie umów z lekarzami w Ubezpieczalniach Społecznych miał charakter zebrania wyłącznie dyskusyjnego. Zwrócono się do Naczelników Izb o ustalenie życzeń w poszczególnych okręgach odnośnie do omawianych spraw i przesłania ich Nacz. I. L. Wnioski Izb okręgowych będą przedstawione przez specjalnego referenta i rozpatrzone na nadzwyczajnem posiedzeniu plenarnem Nacz. I. L.

Zarząd Nacz. Izby Lek. powołał na wezwanie Min. Opieki Społ. specjalną komisję badań w sprawie dostosowania studjów lekarskich do obecnych warunków społecznych. Miedzy innemi chodzi o studja nad medycyną społeczną i zapobiegawczą. Rozważania Komisji mają w pierwszym rzędzie objąć jednoroczną praktykę szpitalną i kursa dokształcające. Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się 10 marca b. r.

Medycyna społeczna.

4. III. b. r. odbyła się w Zakopanem uroczystość poświęcenia Schroniska leczniczego dla dzieci Uniwersytetu Jagiellońskiego na Bystrem. Budowa tego gmachu rozpoczęta została w lipcu w roku 1921, a obecnie po 13 latach została ukończona. Koszt budowy wynosi 2,100.000 zł, na którą to sumę złożyły się subwencja skarbu Państwa, oraz składki zebrane w poszczególnych samorządach warszawskim, krakowskim, łódzkim i t. d., oraz składki kas chorych m. i. sosnowieckiej, krakowskiej, a w szczególności warszawskiej. W klinice pomieścić się może 250 chorych dzieci, dla których na miejscu istnieje szkoła powszechna. O godz. 11.30 w kaplicy sanatorjum odprawiona została Msza św., poczem aktu poświęcenia dokonał ks. metropolita Sapieha. Następnie architekt Witkiewicz, projektodawca kliniki, złożył sprawozdanie z budowy, podnosząc zasługi dziekana wydziału medycznego U. J. prof. Emila Godlewskiego. Imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego rektor prof. Maziarski objął w posiadanie nową klinikę, dziękując zarówno projektodawcom oraz dyr. sanatorjum drowi Dadejowi za trudy, położone około budowy kliniki. Po produkcjach dzieci, które popisały się śpiewem, komitet budowy podejmował gości skromnem śniadaniem.

Ministerstwo Opieki Społ. wydało okólnik w sprawie opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi. W przypadku lokowania psychicznie chorych w rodzinach osób trzecich nie chodzi o leczenie, ale raczej o adoptację chorego do współżycia społecznego w rodzinie. Ten typ opieki nad psychicznie chorymi przedstawia z punktu widzenia psychjatrycznego pewne walory terapeutyczne w pewnych przypadkach, nie byłoby więc wskazane, aby utrudniać jego rozwój przez nadawanie mu charakteru lecznictwa zakładowego. Zachodzi przecież obawa, uzasadniona zresztą faktami znanemi Ministerstwu, że opieka rodzinna nad psychicznie chorymi może przeobrazić się w przedsiebiorstwo, obliczone na zysk, które pod płaszczykiem opieki rodzinnej uprawiać może spekulację handlową i wypaczać zasadniczą ideę opieki rodzinnej, która wymaga bacznego nadzoru. Należy dążyć, aby osoby, przyjmujące chorych, organizowały się w kolonje, np. na wzór istniejących kolonij w gminach Rudziszki i Olkienniki w Woj. Wileńskiem. Zarząd takiej kolonji ma możność zaangażowania dla kolonji stałego lekarza psychjatry. Do jednej rodziny nie mogą być przyjmowani chorzy różnych płci, ale jedynie tylko bądź mężczyźni, bądź kobiety i to w zasadzie nie więcej jak 2 osoby na rodzinę. Pomieszczenie chorych winno odpowiadać przynajmniej najniezbędniejszym wymogom higieny mieszkań — z reguły powinien to być osobny pokój, zespolony integralnie z mieszkaniem żywiciela. Również i teren, otaczający pomieszczenie, powinien być utrzymywany w higjenicznym stanie. Żywiciel przyjmujący chorych ma posiadać książkę z opisem pomieszczenia, ruchem chorych i uwagami lekarza. W ten sposób nie mogą być umieszczane osoby niebezpieczne dla otoczenia ani też w celu obserwacji sądowo-psychjatrycznej.

Departament służby zdrowia w Min. Opieki Społ. zwołał na dzień 16 marca b. r. konferencję dyrektorów i lekarzy państwowych zakładów zdrojowych. Na konferencji omawiane będą sprawy inwestycyj w uzdrowiskach państwowych na rok 1933—34, stan obecnej eksploatacji, obrotów krajowych wód mineralnych i wytyczne na przyszłość; pozatem wnioski w sprawie ustalenia cen za kąpiele i zabiegi lecznicze w państw. zakładach zdrowotnych.

Różne.

Na terenie Z. S. S. R. prowadzona jest usilna planowa akcja obrony przeciwgazowej. Ochronę środków żywnościowych poruczono lekarzom weterynaryjnym. Równocześnie prowadzi się badania nad ochroną zwierząt przeciwgazową i lecznictwem zagazowanych. Prace skoncentrowane są w specjalnym Instytucie Badawczym.

Zjazd ftizjologów włoskich obradował w grudniu ub. r. w Arco. Głównym tematem było leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.

Grypa w Japonji przybiera wielkie rozmiary i odznacza się ciężkim przebiegiem ze znaczną śmiertelnością. W Tokio choruje około 30% ludności tak, że szpitale tamtejsze są przepełnione.

Na wyspach Filipińskich wybuchła epidemja cholery. Dotąd zanotowano 500 wypadków śmierci oraz przeszło 2.000 zachorowań.

Z końcem marca b. r. zbiera się w Tunisie zjazd lekarski, który zajmie się sprawą kiły i jej leczenia w tej kolonji.

Komunikaty.

Stowarzyszenie Lekarskie w Kesmarku (Czechosłowacja) urządza w czasie Świąt Zielonych (19—25 maja) kurs dokształcający w uzdrowiskach Wysokich Tatr. Wykładowcy ze wszystkich okolicznych krajów; język wykładowy niemiecki.

Międzynarodowa Konferencja przeciwgośćcowa odbędzie się w Aix-les-Bains w czasie od 28. VI. — 1. VII. 1934. Tematem zjazdu będzie: Przewlekły gościec postępujący, uogólniony. Sekr. generalny: Prof. M. P. Weil, Szpital św. Antoniego w Paryżu.

Redakcja otrzymała:

Tow. Lek. Zagłębia Dąbrowskiego: Pamiętnik XXV-letniej działalności i obchodu jubileuszowego. Sosnowiec 1933.

Sprawozdanie z przebiegu akcji pomocy bezrobotnym prowadzonej na terenie Województwa Łódzkiego za czas od 27. I. 1930 do 25. XI. 1932.

Sprawozdanie z przebiegu akcji łagodzenia skutków bezrobocia i pomocy bezrobotnym prowadzonej na terenie Województwa Łódzkiego za czas od 26. XI. 1932 do 31 III. 1933 r. Łódź 1933.

A. Ravina: L'année thérapeutique. Année 1933. Masson. Paris. 1934.

K. Karelus: O wpływie narządów płciowych kobiecych na organ wzrokowy. Odb. „Lekarz Kolejowy". Nr. 4. 1933.

Medicinski Kalendar za god. 1934. Izdao Zbor Liječnička u Zagrebu.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.